N° 44

DE

L'ASTHME D'ORIGINE NASALE

DE SON TRAITEMENT

PAR LES EAUX D'URIAGE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Mai 1898

PAR

François TEULON-VALIO

Né à Montpellier le 3 Février 1871

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

M DCCC XCVIII

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM. BERTIN-SANS.
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N...
Id. Bosc (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	ESPAGNE, agr. lib.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. MOITESSIER	MM. VALLOIS
LECERCLE	BOSC	MOURET
RAUZIER	DE ROUVILLE	DELEZENNE
LAPEYRE	PUECH	GALAVIELLE

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRASSET (✻), *président.*	MM. BROUSSE, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur.*	RAUZIER, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE

Le Docteur TEULON-VALIO

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur GRASSET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

F. TEULON-VALIO

A MES MAITRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

F. TEULON-VALIO.

INTRODUCTION

Mon père, médecin à Uriage depuis 29 ans, avait eu, à ses débuts, à soigner un certain nombre d'asthmatiques, chez lesquels les accès de dyspnée coexistaient ou alternaient avec des affections cutanées, pour la plupart eczémateuses, et qui presque tous étaient, en même temps, atteints de coryza. Il ne voyait, dans ces affections, que des manifestations symptomatiques diverses d'un même état diathésique, sans établir entre elles aucune relation de cause à effet. Il avait donc institué, à leur égard, un traitement général simplement antidiathésique par l'eau minérale en boisson et en bains, et en avait obtenu de bons résultats.

Plus tard, l'expérience lui ayant démontré l'action énergique et toute spéciale que les eaux d'Uriage, administrées sous forme d'irrigations naso-pharyngiennes, exercent sur les inflammations de la muqueuse pituitaire ; et, frappé des idées que Hack venait d'émettre sur l'origine nasale de l'asthme, il eut la pensée d'appliquer à ces asthmatiques, en même temps que le traitement général, un traitement intra-nasal par les irrigations naso-pharyngiennes. Les succès qu'il obtint dépassèrent ses prévisions les plus optimistes.

Sous l'influence de cette nouvelle médication, les améliorations furent infiniment plus rapides, plus marquées et plus durables. Dans certains cas, deux ou trois jours suffisaient pour provoquer la cessation complète des crises.

Ces résultats étaient trop immédiats pour qu'il pût les attribuer à une modification, à si brève échéance, de l'état général diathésique. Il fut donc amené à les rattacher à l'influence des douches nasales et à admettre que, dans certains cas, les lésions de la muqueuse nasale devaient avoir une action prépondérante sur la production des crises d'asthme.

Depuis lors, de nouvelles observations, attentivement suivies, de nouveaux résultats heureux sont venus confirmer son opinion de la première heure ; l'origine nasale de l'asthme lui paraît, aujourd'hui, dans nombre de cas, parfaitement démontrée.

C'est la constatation de ces faits et la lecture des nombreuses observations qui s'y rapportent qui nous ont inspiré la pensée de faire, de l'étude de l'asthme d'origine nasale et de son traitement par les eaux d'Uriage, le sujet de notre thèse inaugurale.

Dans la première partie de notre travail, après avoir fait l'historique de la question, nous établirons, nous basant à la fois sur les données de l'expérimentation physiologique et de l'observation clinique, que les lésions nasales doivent être considérées, désormais, comme des causes déterminantes très fréquentes de l'asthme. Nous étudierons les différentes affections des fosses nasales qui sont, le plus souvent, considérées comme susceptibles de provoquer cette névrose.

Dans la deuxième partie, nous exposerons le traitement que Hack et ses partisans ont institué contre l'asthme d'origine nasale. Ce traitement, basé uniquement sur l'emploi des moyens chirurgicaux, s'adresse seulement à la lésion nasale. Nous jugerons de la valeur de ce traitement par les résultats heureux qu'il a pu fournir; nous en signalerons, en même temps, les insuccès et les inconvénients.

Dans la troisième partie, nous nous attacherons à démontrer que si les lésions nasales sont, dans bien des cas, la cause

déterminante des accès d'asthme, elles ne peuvent provoquer l'apparition de cette névrose que sur des sujets prédisposés ; que cette cause prédisposante nécessaire est l'existence de la diathèse arthritique, et que tout traitement rationnel de l'asthme d'origine nasale devra s'adresser, en même temps, à la lésion nasale, cause productrice, et à la prédisposition morbide, sans laquelle la lésion nasale n'aurait aucun retentissement sur l'économie.

Dans la dernière partie, nous exposerons le traitement de l'asthme d'origine nasale par les eaux d'Uriage. Nous étudierons la composition de ces eaux, leur action physiologique et thérapeutique, et leurs divers modes d'administration. Nous montrerons que, par leur efficacité réelle dans le traitement des manifestations de l'arthritisme et par leur action toute spéciale sur les inflammations de la muqueuse nasale, elles répondent aux indications que l'on doit chercher à remplir dans le traitement de l'affection qui nous occupe.

Les nombreuses observations que nous publions à la fin de notre étude viendront affirmer que nos idées ne sont pas purement théoriques, mais qu'elles s'appuient, en même temps, sur des résultats cliniques indéniables.

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser l'hommage de notre vive reconnaissance à notre Maître éminent, M. le professeur Grasset, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, et pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant le cours de nos études.

Nous avons aussi à cœur d'exprimer toute notre gratitude à MM. les professeurs Carrieu et Tédenat pour les nombreuses marques d'affection et d'intérêt qu'ils nous ont données ; nous en garderons toujours le profond souvenir.

Nous n'aurions garde aussi, d'oublier de remercier ici

MM. les professeurs-agrégés Rauzier et Lapeyre, qui furent pour nous des amis autant que des Maîtres.

Il nous reste, enfin, un dernier devoir à remplir. C'est à notre père que nous devons l'idée de cette thèse. Ce sont les nombreuses observations qu'il nous a communiquées qui ont servi de base à notre modeste travail. Il a bien voulu nous aider de ses précieux conseils. Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici toute notre reconnaissance.

Les accès de dyspnée qui constituent l'asthme sont empreints d'un cachet si caractéristique, qu'il est difficile de s'expliquer les singulières péripéties qu'a subies cette affection avant de s'implanter définitivement dans le domaine de la médecine scientifique.

On a longtemps confondu l'asthme avec toutes les dyspnées symptomatiques des diverses lésions du poumon, du cœur et de l'aorte.

Pour Galien et Celse, l'asthme, la dyspnée et l'orthopnée ne formaient qu'un seul groupe morbide. Sydenham, Willis, Cullen, admettaient trois espèces d'asthme. Au temps de Boissier de Sauvages (1772), la confusion était telle que l'on en décrivait dans les classiques jusqu'à dix-huit variétés.

Plus près de nous, grâce à l'anatomie pathologique, l'asthme fut nettement séparé des autres dyspnées. Louis et Rostan le considérèrent comme une affection consécutive à l'emphysème, prenant ainsi l'effet pour la cause.

Beau l'attribua à un catarrhe des petites bronches ; Laennec à un catarrhe sec ; Bretonneau à une congestion pulmonaire.

Ces théories n'ont plus de partisans aujourd'hui, et tous les cliniciens sont unanimes à considérer l'asthme comme « une névrose consistant en crises de dyspnée spasmodique,

le plus souvent accompagnées de troubles vaso-sécréteurs des muqueuses des voies aériennes » (Brissaud) (1).

Que de choses plaident en faveur de cette conception de l'asthme névrose ! Ce passage brusque de l'état de santé à l'état de maladie, la soudaineté de la crise, la fixité de l'heure de son apparition, les causes si souvent futiles qui la provoquent, les prodromes qui parfois la précèdent, enfin cette alternance possible de l'asthme avec l'épilepsie, l'hystérie, l'hypocondrie, la manie (2). Tous ces faits ne rapprochent-t-ils pas cette affection des crises des névroses vulgaires ?

Si la grande majorité des auteurs s'accorde aujourd'hui sur ce point, et s'il ne fait plus de doute pour personne que l'accès d'asthme est produit par un spasme, par une convulsion des muscles de la respiration, l'accord n'est plus le même quand il s'agit de savoir à quels muscles il faut limiter ce spasme. Pour les uns, ce spasme serait localisé aux muscles bronchiques, aux muscles de Reisseisen ; pour les autres, il faudrait incriminer la tétanisation des muscles inspirateurs ; d'autres, enfin, avec Trousseau, Jaccoud, Dieulafoy, admettent à la fois le spasme des muscles extrinsèques et intrinsèques de la respiration.

« Quoi qu'il en soit, et à quelque opinion que l'on se range, il n'en reste pas moins acquis que l'état spasmodique des muscles respirateurs et les phénomènes de vaso-sécrétion qui accompagnent l'asthme sont dus eux-mêmes à un état spécial des nerfs et des centres nerveux qui président à ces différentes fonctions » (3).

Cet état d'irritabilité est parfois spontané, du moins en

---

(1) Brissaud, *Traité de médecine*. Article : *Asthme*.

(2) Brissaud, *Asthme essentiel chez les névropathes. (Revue de médecine*, 1881).

(3) Dieulafoy, *Pathologie interne*, p. 175.

apparence, et l'asthme survient sans qu'on puisse rien deviner, rien soupçonner de ce qui le suscite, mais plus fréquemment il est le résultat d'un acte réflexe.

Dans ces toutes dernières années, cette question des asthmes réflexes a été à l'ordre du jour. Les physiologistes ont étudié le mécanisme des dyspnées réflexes et de nombreuses publications ont établi que cet acte réflexe avait son point de départ dans les expansions terminales de divers nerfs sensitifs.

Ce point de départ se trouve parfois dans les terminaisons des branches pulmonaires des nerfs vagues. Il est hors de doute, en effet, que l'irritation produite par une bronchite aiguë, ou plus simplement encore par la respiration de certaines substances irritantes, de certaines atmosphères viciées, peut déterminer une impression excito-motrice, qui, transmise aux centres bulbaires par les nerfs vagues, se réfléchit à travers le bulbe sur les nerfs moteurs des muscles de la respiration, provoquant la dyspnée asthmatique.

En dehors même de la sphère d'innervation de l'appareil pulmonaire, certaines lésions permanentes, utérines, intestinales, gastriques, ont un effet indéniable sur la production ou le rappel des crises d'asthme. Henock a établi la réalité de l'asthme d'origine dyspeptique. Engelmann, William, Glascow, ont apporté des preuves de l'existence de l'asthme utérin.

Mais ce sont assurément les lésions de la muqueuse nasale qui jouent le rôle de beaucoup le plus important dans la production de l'asthme réflexe. De nombreux travaux, dans ces dernières années, ont établi les rapports étroits qui existent entre l'asthme pulmonaire et les affections du nez et de ses annexes.

DE

L'ASTHME D'ORIGINE NASALE

DE SON TRAITEMENT

PAR LES EAUX D'URIAGE

I

On attribue généralement à Duplay, en France, et à Voltolini, en Allemagne, l'honneur d'avoir indiqué les relations de l'asthme avec les affections nasales. Ces auteurs publièrent, en effet, quelques observations concernant des sujets atteints de polypes du nez, souffrant de violents accès d'asthme et chez lesquels l'ablation des polypes avait guéri les accès.

Mais bien avant eux, Trousseau avait parfaitement vu le rapport de l'asthme avec certaines affections nasales. Dans le tome II de ses cliniques, il établit les relations qui existent entre l'asthme et le coryza et surtout avec certains coryzas revenant par paroxysmes. « Combien de fois, écrit-il, à des individus affectés de ces étranges coryzas et qui n'avaient jamais éprouvé du côté de l'appareil respiratoire aucun accident qui parût légitimer mon diagnostic, ne m'est-il pas arrivé de prédire que tôt, ou tard, ils auraient de l'asthme et de voir à

quelque temps de là ces mêmes individus revenir me dire que mes prévisions s'étaient réalisées (1) ».

Ce fait que certaines odeurs déterminent des crises d'asthme chez certains individus avait encore montré à l'illustre clinicien le rôle important de la pituitaire dans la production de cette névrose.

Ducrós, après lui, parvint à arrêter des accès d'asthme en portant sur la muqueuse naso-pharyngienne un tampon imbibé d'ammoniaque.

Voltolini et Duplay ne firent donc, on le voit, qu'ajouter de nouveaux faits à ceux de leurs devanciers.

Quelques années plus tard, Hanish (2) publiait une observation fort intéressante, dans laquelle des attaques d'asthme ayant disparu à la suite de l'ablation des polypes du nez se reproduisirent en même temps que les récidives des tumeurs et disparurent encore après leur réextirpation.

Après lui, Morell-Mackensie (3), Terrillon, B. Frankel (4), W. Lublinski (5), observèrent des faits semblables.

Plus tard, Schaffer (6), Sommerbrodt (7), Bresgen et autres ont démontré par leurs publications que, non seulement les polypes, mais aussi les affections les plus variables des fosses nasales et du rétro-pharynx, et, en premier lieu, la rhinite hypertrophique pouvaient provoquer des attaques d'asthme. Mais toutes ces observations passèrent à peu près inaperçues

---

(1) Trousseau, *Cliniques de l'Hôtel-Dieu,* vol. II, p. 442.

(2) Hamish, *Berl. kl. woch.*, 1874, p. 503.

(3) Morell-Mackensie, *Traité des maladies du nez.*

(4) Frankel, *Berl. kl. woch.*, 1881, p. 218.

(5) W. Lublinski, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1886, n° d'août.

(6) Schaffer, *Deutsche med. Woch.*, 1879, p. 419.

(7) Sommerbrodt, *Berl. woch.*, 1885.

et attirèrent peu l'attention du monde médical. Ce fut seulement en 1883 et en 1884, que Hack, reprenant la question, publia, dans le *Wiener Med. Wochensc.* d'abord et ensuite dans une monographie, un travail extrêmement intéressant où il signalait les résultats qu'il avait obtenus par le traitement chirurgical radical de certaines formes de migraine, d'asthme, de fièvre des foins. Ce travail fit entrer l'étude de ces phénomènes morbides dans une voie vraiment féconde en résultats.

S'il ne découvrit pas le premier ces phénomènes, c'est à lui cependant que revient l'honneur d'en avoir bien fait voir toute la variété et toute l'importance. Ses travaux furent le point de départ d'études qui se poursuivirent de tous les côtés et le nombre fut bientôt considérable des observations et des guérisons, en même temps qu'on faisait rentrer dans cette classe des névroses nasales réflexes, en outre de l'asthme, nombre d'états pathologiques, tels que migraines, vertiges, accès épileptiformes, névralgies, tic douloureux.

Dusseaud (1) et Sourdille (2) publièrent en 1887 deux thèses sur l'asthme d'origine nasale.

Dès lors, les travaux se multiplient. Les rhinologistes de tous côtés publient des statistiques encourageantes et il n'est pas de traité de pathologie qui ne reconnaisse les affections nasales comme cause étiologique très fréquente dans la production de l'asthme. Dans son *Traité des maladies simples du poumon*, le professeur Germain Sée (3) conclut au sujet de l'asthme naso-bulbaire : « Les rhinites et même les moindres impressions olfactives, à plus forte raison certains polypes, sont

---

(1) Dusseaud, *Des névroses réflexes d'origine nasale*, thèse de Paris, 1887.

(2) Sourdille, *Des névroses réflexes d'origine nasale,* thèse de Paris, 1887.

(3) Germain Sée, *Traité des maladies simples du poumon*, 1886.

capables de produire tous les maux nerveux ». M. Dieulafoy(1) de son côté écrit, dans son *Traité de pathologie interne :* « Il faut donc tenir compte du rôle indéniable et parfois prépondérant de la muqueuse nasale dans la production ou le rappel des accès d'asthme ». Enfin, en 1892, le professeur Potain termine ainsi une leçon sur l'asthme :

« Quand il s'agira de formuler un traitement, n'oubliez pas l'asthme réflexe et surtout rappelez-vous la fréquence de l'asthme d'origine nasale. C'est dans ces cas principalement qu'une médication appropriée vous donnera les plus grands succès » (2). Il n'est donc aujourd'hui douteux pour personne, que les lésions de la muqueuse nasale comptent parmi les causes les plus certaines et les plus fréquentes de l'asthme bronchique.

Comment peut-on s'expliquer l'origine de l'asthme sous l'influence d'une altération de la muqueuse nasale ?

L'ancienne idée de l'occlusion de la cavité du nez comme cause de l'accès est abandonnée depuis longtemps ; on ne peut pas admettre non plus la propagation de l'affection nasale aux voies aériennes et aux bronches les plus fines. On ne peut admettre que des influences nerveuses, et la seule théorie admise aujourd'hui est celle qui explique l'asthme comme étant le résultat d'un réflexe partant des terminaisons des nerfs de la muqueuse nasale pour gagner le bulbe, et qui, agissant sur les centres respiratoires bulbaires, détermine des troubles du côté des muscles de Reisseisen ou des muscles inspirateurs.

C'est par le trijumeau que l'irritation est transmise au bulbe. Mais, dans certains cas, le nerf olfactif peut aussi provoquer cette action réflexe. Tout le monde sait, en effet, que certaines odeurs amènent invariablement des attaques d'asthme chez cer-

---

(1) Dieulafoy, *Loc. cit.*, t. I, p. 178.

(2) Potain, *Semaine médicale,* 1892, p. 193.

tains individus prédisposés. Trousseau rapporte, à ce sujet, nombre d'observations des plus curieuses, dont une qui lui était personnelle est connue de tous.

L'observation clinique permettait de croire à l'existence de l'asthme réflexe d'origine nasale. L'expérimentation physiologique vint à son tour en établir d'une façon certaine la possibilité.

J.-B. Mackensie (1) et Longuet (2) ont vu que l'excitation de certaines parties de la muqueuse nasale produisait la toux. Ce dernier auteur détermina à la partie postérieure des cornets inférieurs « une zone tussigène absolument comparable aux zones hystérogènes de certains névropathes ».

François Frank (3), après eux, rechercha s'il était possible de reproduire expérimentalement, par l'irritation localisée de la pituitaire, un certain nombre de symptômes dont l'existence a été signalée par les cliniciens chez les sujets atteints de lésions nasales. Le résultat fut positif ; il obtint l'éternument, la toux, le spasme réflexe du larynx et des bronches, avec troubles spasmodiques notables des mouvements respiratoires, ces réactions pouvant se combiner et formant un syndrome que l'on pouvait assimiler à une attaque d'asthme.

Lazarus, enfin, en 1891, constata que, si l'on irritait les cornets d'un chien préalablement trachéotomisé, on produisait un rétrécissement très marqué du calibre des bronches.

On pouvait donc conclure de ces expériences que l'irritation de la muqueuse nasale, transmise au bulbe par le trijumeau, amenait, par un réflexe, des troubles spasmodiques des voies respiratoires, et ces faits s'ajoutant aux preuves déjà fournies

---

(1) J.-B. Mackensie, *Amer. journ. of Med.*, 1883, p. 101.

(2) Longuet, *Union médicale,* 1883.

(3) F. Frank, *Arch. de physiologie,* juillet 1889, n° 3.

par l'observation clinique, on était parfaitement autorisé à considérer l'asthme comme étant fréquemment un phénomène réflexe d'origine nasale.

Nous allons étudier maintenant quelles sont les lésions qui ont été le plus souvent incriminées, comme étant le point de départ des troubles réflexes.

Nous avons vu que Voltolini et Duplay firent leurs premières observations sur des sujets porteurs de polypes. Depuis lors, les faits de ce genre se sont accumulés et c'est en très grand nombre que les observations de guérisons d'accès d'asthme à la suite de l'extirpation de polypes ont été publiées. Ces tumeurs sont donc, à n'en pas douter, une cause fréquente de la production de cette névrose. Hack fit cette remarque, depuis maintes fois confirmée par les auteurs qui se sont occupés de cette question, que ce ne sont pas les plus gros polypes qui donnent le plus souvent naissance au réflexe, mais, au contraire, les petits, dont la mobilité est plus grande.

On rencontre assez souvent aussi les végétations adénoïdes du naso-pharynx comme cause d'asthme réflexe. Ces végétations se développent de préférence chez les enfants, mais peuvent exister, quoique plus rarement, chez les adultes. Elles se présentent parfois sous la forme de petites tumeurs mamelonnées de grosseur variable, appendues à la voûte du pharynx ; tantôt aussi elles occupent toute l'étendue du naso-pharynx, ne formant plus alors de tumeurs distinctes, mais se présentant sous la forme d'un tissu rougeâtre, boursouflé, d'aspect fongueux, presque toujours recouvert de mucus ou de muco-pus. Dutauziet a étudié, en 1893, dans sa thèse inaugurale, l'asthme déterminé par ces végétations chez les enfants qui en étaient

(1) Dutauziet, *De l'asthme chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes*, thèse de Paris, 1893.

porteurs. Il publie plusieurs observations où des attaques d'asthme, disparurent à la suite de la destruction de ces tumeurs.

Mais de toutes les affections des fosses nasales, celle qui joue sans contredit le rôle prépondérant dans la production de l'asthme est le coryza chronique, ou rhinite chronique.

Le coryza chronique est caractérisé par une inflammation lente, mais persistante, de la muqueuse de Schneider. Il présente deux variétés bien distinctes : la forme humide et la forme sèche. Dans la rhinite chronique sèche, qui est la plus commune chez les adultes, la sécrétion nasale est pour ainsi dire nulle. Les malades accusent une sécheresse fort gênante de la muqueuse des fosses nasales, avec sensation d'obstruction des plus désagréables. A l'examen rhinoscopique, on aperçoit la muqueuse rouge, irritée, souvent hypertrophiée (rhinite hypertrophique).

L'hypertrophie porte le plus fréquemment sur la partie antérieure du cornet inférieur, mais peut exister également sur le cornet moyen.

La forme humide, presque spéciale à l'enfance, est caractérisée par l'existence d'une sécrétion nasale exagérée, par la production d'un muco-pus jaune verdâtre, qui a une grande tendance à se concréter et à former des croûtes très adhérentes. La muqueuse est rouge, souvent très épaissie, encombrée de croûtes et de mucus desséché. La cause principale de cette affection doit être recherchée dans le tempérament même de l'individu. Le coryza chronique est, en effet, presque constamment sous la dépendance d'un état diathésique.

Il est aisé de comprendre que la pituitaire ainsi enflammée puisse être le point de départ fréquent des troubles réflexes. Les croûtes se déposent sur la muqueuse, s'y dessèchent, déterminent par leur contact une irritation analogue à celle que provoquaient les physiologistes dans les expériences que nous

avons citées, et le réflexe se produit. Cette théorie, soutenue par Hering (1), Sommerbrod (2), Schaffer (3), Mackensie (4), Ruault (5), Sourdille (6), rallie aujourd'hui la grande majorité des auteurs. Elle explique ce fait, que les attaques d'asthme chez les sujets porteurs de lésions nasales se produisent de préférence la nuit, c'est-à-dire alors que les sécrétions moins bien expulsées s'accumulent dans les fosses nasales, déterminant leur action irritante. Mackensie cite le cas d'un garçon de 13 ans, atteint de catarrhe nasal chez qui les accès d'asthme survenaient presque toujours vers 4 ou 5 heures du matin, au moment où les sécrétions nasales s'étaient accumulées dans les arrière-narines.

Chez les sujets atteints de rhinite sèche, la muqueuse sécrète peu, mais elle est enflammée, rouge, plus ou moins hypertrophiée. Or, c'est un fait connu de tous que l'inflammation de la pituitaire détermine un accroissement de la sensibilité réflexe de cette membrane. On sait que le moindre courant d'air, la plus légère poussière, arrivant au contact de la muqueuse nasale d'un sujet atteint de coryza aigu, suffit pour provoquer de violents éternuments et une exagération très marquée des sécrétions lacrymales et nasales. « Ce sont là des réactions réflexes défensives qui ne sont qu'une exagération des réactions normales, mais elles permettent de concevoir que chez des sujets prédisposés l'inflammation de la muqueuse du nez peut déterminer, en outre des réactions réflexes normales,

---

(1) Hering, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. nos 2 et 3, 1886.

(2) Sommerbrod, *Lot. cit.*

(3) Schaffer, *Loc cit.*

(4) Mackensie, *Loc. cit.*

(5) Ruault, *Névropathies réflexes d'origine nasale* Traité de Méd.

(6) Sourdille, *Loc. cit.*

l'apparition de réflexes anormaux pathologiques, tels que l'asthme » (1).

C'est l'irritation qui nous paraît jouer le rôle essentiel, et pour ainsi dire exclusif dans la production des névroses réflexes. Pour Hack, au contraire, le facteur principal était le gonflement des cornets, gonflement qu'il considérait, non comme le résultat d'une rhinite chronique, mais comme une véritable érection des corps caverneux des cornets, se développant sous l'influence de ce qu'il appelait les « *nervi erigentes* ».

Cette théorie ne peut guère être admise aujourd'hui, car des névroses réflexes peuvent parfaitement se produire chez des sujets atteints de rhinite atrophique, chez lesquels les cavités nasales sont, au contraire, dilatées et les cornets fort diminués de volume.

Nous pensons que les lésions de la muqueuse nasale agissent, non pas en augmentant le volume des cornets, mais en augmentant l'irritabilité des extrémités nerveuses. Dans le cours de ce travail, il nous a été donné de lire un grand nombre d'observations sur les cas qui nous occupent, et l'examen de tous ces faits nous a amené à penser que dans la grande majorité des cas c'est la rhinite chronique, c'est-à-dire l'inflammation de la membrane de Schneider, qui doit être considérée comme la cause à peu près exclusive de l'asthme réflexe d'origine nasale, les autres affections n'agissant qu'indirectement en déterminant cette rhinite et augmentant ainsi l'hyperexcitabilité des terminaisons nerveuses du trijumeau.

Les polypes s'accompagnent, en effet, constamment de coryza chronique, et les symptômes par lesquels ils se manifestent sont ceux de la rhinite chronique : enchifrènement, voix nasonnée, tantôt, au contraire, sécrétion profuse, soit muqueuse,

---

(1) Ruault, *Loc. cit.*

soit purulente. Les polypes, pour nous, n'agissent ni par l'obstruction des cavités nasales, ni par la compression des terminaisons nerveuses qu'ils peuvent provoquer, mais bien par l'inflammation généralisée de la pituitaire qu'ils déterminent.

On s'expliquera ainsi ce fait, que les rhinologistes ont été unanimes à constater que les petits polypes très mobiles qui viennent à chaque inspiration titiller, irriter la muqueuse, déterminent beaucoup plus fréquemment l'irritation de cette dernière, et par suite l'asthme réflexe, que les gros polypes immobiles, encastrés dans les cornets.

Si l'on parcourt, en outre, les observations de guérisons d'attaques d'asthme à la suite d'ablation de polypes, on se convaincra aisément de ce fait, que, même dans les cas les plus heureux, il est rare que la guérison ait été immédiate. Les malades ont fréquemment, après l'opération, de nouvelles crises et ce n'est qu'au bout de quelques jours que la guérison s'affirme comme définitive. C'est qu'en pratiquant l'extirpation du polype, le chirurgien n'a pas guéri du même coup la rhinite qu'il déterminait, et tout ne rentrera dans l'ordre que quand la muqueuse, n'étant plus irritée par la tumeur, retrouvera son état normal.

Dans d'autres cas, enfin, chez des sujets porteurs de polypes et atteints d'attaques d'asthme, et se refusant à l'opération, on a pu, en traitant la rhinite qu'ils déterminaient, en débarrassant la muqueuse nasale des mucosités qui l'encombraient par des irrigations nasales, en modifiant, en un mot, son hyperexcitabilité réflexe, faire disparaître les crises d'asthme, malgré la présence des polypes.

Ce que nous venons de dire au sujet des polypes s'applique également aux végétations adénoïdes du naso-pharynx. « Ces lésions, dit Dutauziet (1), ont leur retentissement dans les fos-

(1) Dutauziet, *Loc. cit.*

ses nasales, dont la muqueuse prend une couleur rouge foncé, saigne, sécrète du muco-pus et se couvre de croûtes ».

C'est cette inflammation de la membrane de Schneider, qui accompagne constamment les végétations adénoïdes, qui est à notre point de vue le facteur essentiel dans la production du réflexe.

Nous trouvons dans la thèse de Chabory (1) l'observation suivante, que nous n'hésitons pas à citer, car elle nous paraît venir à l'appui des idées que nous venons d'exposer.

Observation d'asthme réflexe

Fillette de 8 ans, issue de parents arthritiques au plus haut point, surtout le père. Ce dernier a présenté, il y a 7 à 8 ans, des épistaxis répétées et considérables au point de mettre sa vie en danger pendant plusieurs mois. Actuellement, il a les fosses nasales farcies de polypes muqueux.

L'enfant dont nous relatons l'observation nous avait été adressée par un confrère pour des crises d'asthme se montrant plusieurs fois par mois, à l'occasion d'une sortie, par un vent un peu fort ou à la suite d'un séjour dans une pièce qu'on venait de nettoyer. Les accès étaient surtout fréquents au printemps et accompagnés d'éternuments. La petite malade était atteinte depuis deux ans, quand elle me fut amenée.

Etat général bon, pas d'anémie, pas de ganglions lymphatiques hypertrophiés, soit au cou, soit dans les aisselles ou les aines. L'auscultation du poumon dénote un organe sain. L'en-

(1) Chabory, *De l'influence de l'affection nasale sur l'appareil respiratoire*, thèse de Paris, 1892.

fant est nerveuse. Elle a la bouche légèrement ouverte dans le jour et ronfle un peu la nuit.

La voûte du palais est en ogive et le pharynx présente quelques granulations.

Le toucher digital nous indique la présence de végétations adénoïdes très molles et en quantité modérée. La rhinoscopie antérieure nous laisse voir des cornets inférieurs hypertrophiés, grisâtres, se laissant déprimer par le stylet.

En présence de cette constatation, je fais le diagnostic d'asthme réflexe à point de départ, aussi bien naso-pharyngien (végétations adénoïdes) que nasal (hypertrophie des cornets), et je propose l'ablation des végétations adénoïdes, persuadé que l'hypertrophie des cornets n'est que secondaire, et qu'elle cèdera d'elle-même quand le rhino-pharynx sera libre.

Les parents ne voulant pas entendre parler d'opération avant que l'on ait tenté autre chose, j'ordonne des irrigations à l'eau boriquée à 4 0/0 et au sel blanc, alternativement huit jours l'un et huit jours l'autre, et l'application dans le nez de vaseline boriquée au 1/5 après les lavages.

L'enfant a commencé le traitement il y a six mois. Elle n'a pas eu depuis une seule crise d'asthme.

Pous nous, nous estimons que les lavages bien faits et régulièrement pratiqués, ont diminué l'excitabilité de la muqueuse du nez et du rhino-pharynx, d'où la suppression de l'asthme réflexe. Mais le sujet n'en reste pas moins sous le coup d'une nouvelle rechute, car, ainsi que nous l'a montré un examen récent, les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des cornets en sont à peu près au même point.

Cette observation nous paraît prouver que si les végétations adénoïdes étaient bien, chez cette enfant, la cause première des crises d'asthme, elles n'agissaient ni par l'obstruction, ni par

la gêne respiratoire, ni par la compression qu'elles déterminaient, mais par l'inflammation de la pituitaire qu'elles provoquaient. Elle met en lumière l'influence exclusive, pour ainsi dire, de l'irritation de la muqueuse nasale dans la production de la névrose. Cette irritation est presque toujours due à la rhinite chronique, que cette rhinite soit sèche ou humide, hypertrophique ou atrophique, primitive ou secondaire et due alors à la présence des polypes ou des végétations adénoïdes.

Si l'asthme d'origine nasale est le plus souvent provoqué par une irritation chronique de la muqueuse, il peut être aussi parfois déterminé par une inflammation aiguë, par une congestion active de la pituitaire. C'est ce que l'on observe dans la fièvre des foins, le hay-fever des Anglais, encore appelé asthme d'été, coryza vaso-moteur, rhino-bronchite spasmodique.

Cette affection, qui se manifeste à l'époque de la fenaison, a été l'objet de nombreuses études ces dernières années.

Elle se présente sous deux formes : l'oculo-nasale et l'oculo-naso-thoracique. Dans la première forme, on observe un catarrhe oculaire et un catarrhe nasal intenses, accompagnés d'une sécrétion très abondante et d'éternuments répétés.

Dans la seconde forme, à ces symptômes vient s'ajouter une dyspnée asthmiforme, à exacerbations vespérales ou nocturnes.

On s'accorde à reconnaître aujourd'hui que cette dyspnée n'est autre chose que l'asthme vrai. Les travaux de Daly (1), Roe (2), Sajous (3), J.-N. Mackensie (4), Bosworth (5), Bever-

(1) Daly, *Arch. laryng. New-York,* 1882.
(2) Roe, *Med. news. Philadelphie,* 1883.
(3) Sajous, *Amer. laryng. Ass. méd. New.*, 1884.
(4) J.-N. Mackensie, *New-York med. rec.*, 1884.
(5) Bosworth, *New-York med. journ.*, 1886.

ley-Robinson (1) et autres ont nettement établi que l'asthme des foins n'est autre chose qu'une névrose d'origine nasale.

Ces auteurs ont montré que, dans un très grand nombre d'observations de hay-fever, les malades avaient antérieurement du catarrhe chronique, de la rhinite hypertrophique, que, dans presque tous les cas, la muqueuse nasale était hyperesthésiée.

Pour les uns, ce sont les poussières de pollen ; pour les autres, les microbes portés par ce même pollen qui, venant au contact d'une muqueuse déjà irritée, déterminent une inflammation violente de cette membrane et, par suite, par voie réflexe, des crises d'asthme chez des sujets prédisposés.

Si l'on pratique un badigeonnage de la pituitaire avec une solution forte de cocaïne chez un sujet atteint de rhino-bronchite spasmodique, on voit, dans la grande majorité des cas, l'asthme disparaître momentanément. Ce fait nous paraît prouver, à n'en pas douter, que cette névrose est bien d'ordre réflexe et d'origine intra-nasale.

Ainsi donc, l'asthme peut apparaître à la suite de lésions chroniques ou aiguës de la muqueuse nasale. L'observation clinique, l'expérimentation physiologique montrent, à l'évidence, que cette opinion s'appuie sur une base solide et positive.

Avant d'exposer les divers traitements que les rhinologistes ont institués contre l'asthme d'origine nasale, nous allons chercher à établir quels sont les signes sur lesquels on pourra s'appuyer pour diagnostiquer que la cause des crises d'asthme réside dans une lésion de la pituitaire.

Ce diagnostic est souvent difficile. Alors même que les asthmatiques sont sujets à des coryzas fréquents ou présentent de la rhinite chronique, ils attirent rarement l'attention

(1) Beverley-Robinson, *Note on therapeutic of hay-fever.*

des médecins sur ces troubles, qu'ils regardent comme insignifiants, préoccupés qu'ils sont par les symptômes autrement pénibles des attaques d'asthme. Il faudra généralement peu compter sur les renseignements fournis par les malades.

En présence d'un asthmatique on devra donc pratiquer l'examen rhinoscopique. Si l'examen révèle la présence dans les fosses nasales de polypes, de tumeurs adénoïdes, des lésions qui accompagnent généralement la rhinite chronique (hypertrophie, rougeur, sécrétion muco-purulente), on est en droit de supposer que ces lésions sont les causes possibles de l'asthme.

Les auteurs qui se sont occupés de cette question mentionnent divers signes qui permettent d'affirmer, dans ce cas, l'origine nasale de l'asthme.

Hack prétend que chez les malades atteints d'asthme d'origine nasale, l'irritation produite avec le stylet explorateur détermine un gonflement très marqué des cornets.

Sourdille insiste sur les renseignements précieux que peut donner l'exploration avec le stylet. Il arrive, dit-il, que l'attouchement de la pituitaire avec le stylet fait apparaître ou exaspère les accès d'asthme.

L'emploi du chlorydrate de cocaïne comme moyen anesthésique peut également servir au diagnostic de l'affection. Si l'asthme est réellement d'origine nasale, les accès que l'on peut produire en irritant au moyen d'un stylet par exemple la muqueuse doivent disparaître ou diminuer à la suite de badigeonnages avec la cocaïne.

Ce moyen de diagnostic, signalé et préconisé par Bosworth, Frankel, Cortaz, Ruault, peut rendre d'utiles services. Mais c'est par-dessus tout, dans la réussite d'un traitement intranasal, sous l'influence duquel on verra bien souvent les crises d'asthme disparaître, que l'on puisera la certitude de l'origine nasale de l'affection.

II

Les travaux de Hack eurent un très grand retentissement. Il publia une série d'observations dont les résultats parfois très heureux frappèrent le monde médical et firent entrer la thérapeutique de l'asthme dans une voie nouvelle. Puisque c'était dans les fosses nasales que se trouvait, dans nombre de cas, le point de départ de l'asthme réflexe, c'était là qu'il fallait faire porter l'effort thérapeutique ; puisqu'il était établi que la cause première de ce phénomène réflexe résidait dans l'irritabilité des filaments terminaux des nerfs sensitifs de la muqueuse nasale, il était nécessaire, pour annihiler l'influence de ces derniers, de détruire toutes les sources d'irritation locale quelle qu'en fût la cause. Le traitement rationnel de cette affection devrait consister, pour Hack et ses partisans, dans l'extirpation, la modification ou la destruction par des caustiques, la cautérisation galvanique ou ignée de tous les points de la muqueuse nasale qui étaient le siège de cette irritabilité pathologique.

Sous l'influence de ces idées, bien des malades atteints d'asthme cessèrent d'aller consulter les médecins pour aller se faire opérer par les rhinologistes.

Un nombre incalculable d'opérations furent pratiquées sur les fosses nasales tant en Europe qu'en Amérique. On employa la cautérisation des cornets à tort et à travers. En outre de l'asthme, une foule d'états morbides que Hack avait rattachés

à des lésions des fosses nasales : migraines, suffocations, vertiges, accès d'épilepsie ; tout était soigné à l'aide du cautère et de la destruction des cornets. Le moindre gonflement de ces derniers, le changement de volume ou de place suffisait pour qu'on eût recours à la galvano-caustique.

On se livra à de tels excès opératoires que Hack lui-même, à l'assemblée des médecins allemands de Wiesbaden en 1885, s'éleva contre ceux qui faisaient un tel abus du galvano-cautère et détruisaient les cornets sans motif sérieux. Ses théories, mal interprétées par ses admirateurs trop zélés et ses procédés opératoires mal appliqués, ne tardèrent pas à tomber dans un discrédit exagéré.

Il faut reconnaître, en effet, qu'à côté de quelques insuccès, le traitement chirurgical de l'asthme d'origine nasale donne parfois de bons résultats.

Ce traitement variera, nécessairement, avec le genre de lésions. Ces lésions peuvent se ranger en deux classes : dans la première, les tumeurs représentées par les polypes et les végétations adénoïdes ; dans la seconde, les inflammations chroniques ou aiguës de la muqueuse.

Chez un asthmatique porteur de végétations adénoïdes ou de polypes, si le badigeonnage de la muqueuse nasale, au moyen d'une solution forte de cocaïne, fait disparaître ou du moins diminue les accès, il est évident que, dans ce cas, le traitement chirurgical est parfaitement rationnel et donnera, généralement, les plus heureux résultats.

Avant d'entreprendre l'opération, il est indispensable d'anesthésier la muqueuse au moyen de la cocaïne ; la solution la plus souvent employée est celle au dixième.

Pour les végétations adénoïdes, plusieurs procédés ont été mis en œuvre : l'écrasement, la cautérisation, l'ablation. L'écrasement consiste à détacher les végétations adénoïdes en les grattant avec l'ongle. Ce procédé est médiocre, car il est

très difficile d'obtenir une asepsie complète de la rainure de l'ongle. La cautérisation est également insuffisante. Le procédé de choix est l'ablation.

On la pratique, parfois, avec un couteau annulaire porté sur une tige assez longue (couteau de Meyer); mais plus souvent avec des pinces recourbées, en forme de cuillères tranchantes.

Les seuls procédés commodes pour la destruction des polypes sont l'excision et l'arrachement. On emploie l'excision de préférence à l'arrachement, qui a l'inconvénient d'amener, avec le polype, une portion plus ou moins considérable de la muqueuse.

On pratique cette excision à l'aide du polypotome de Wilde ou de l'anse galvanique. Cette dernière méthode, aujourd'hui très répandue, a été introduite dans la pratique par Voltolini.

Quel que soit le procédé que l'on emploie, on devra, avant et après toutes ces opérations, faire un lavage complet des fosses nasales et de la cavité pharyngienne avec une solution antiseptique; par exemple, de l'eau boriquée à 2 pour 100. Ce lavage se fera avec le siphon nasal de Weber.

Nous allons exposer, maintenant, les différents procédés qui ont été préconisés dans le traitement galvanique des inflammations de la cavité et de l'arrière-cavité des fosses nasales.

Hack, convaincu que l'érection des corps caverneux était la cause unique de l'asthme réflexe, cautérisait profondément la muqueuse des cornets dans le but de détruire entièrement le tissu érectile. Lorsque l'hypertrophie était d'un volume assez considérable pour qu'il fût possible de la saisir, Hack l'enserrait avec l'anse galvanique et, faisant passer le courant, l'enlevait séance tenante. Mais devant les hémorragies, dans certains cas inquiétantes, qui suivirent la section de ces tissus très vasculaires, Hack dut renoncer à ce procédé. Il se contenta

d'enfoncer une pointe de galvano-cautère dans la profondeur des tissus hypertrophiés, ne déterminant, pour toute lésion, qu'une simple piqûre.

M. Ruault opère d'une façon qui se rapproche absolument de cette méthode.

Sourdille, convaincu qu'il suffit, pour obtenir la guérison, d'agir sur la muqueuse sans la détruire, de modifier simplement son excitabilité réflexe, préconise, dans sa thèse de 1887, les cautérisations superficielles, surtout lorsqu'il n'existe qu'une simple hyperesthésie ou un gonflement très peu prononcé de la muqueuse.

Roé, Sajous, qui ont appliqué avec grand succès la galvano-caustique dans le traitement du hay-fever, emploient le même procédé, et se contentent de cautérisations superficielles de peu d'étendue et fréquemment renouvelées.

Certains rhinologistes, en présence de l'exagération qu'on apporta dans l'emploi et dans la façon d'employer le galvano-cautère, essayèrent de le remplacer par des caustiques chimiques. Les caustiques les plus fréquemment employés dans le traitement de la rhinite chronique sont le nitrate d'argent, l'acide chromique et l'acide acétique cristallisé. L'acide chromique, qui a été mis en honneur par Frankel et Hering, a donné à ces auteurs d'excellents résultats. D'une façon générale on préfère, cependant, le galvano-cautère aux caustiques chimiques, dont l'action est bien plus difficile à limiter, et qui, par diffusion, peuvent atteindre des parties qu'il serait dans l'intention de l'opérateur de respecter.

Tel est, dans ses grandes lignes, le traitement chirurgical des lésions de la muqueuse nasale productrices de l'asthme.

Ce nouveau mode de traitement, étant absolument en contradiction avec des idées fort anciennement reçues, ne manqua pas de soulever de très nombreuses protestations dans la presse

médicale. Beaucoup le rejetèrent de parti-pris et traitèrent par le ridicule les résultats qu'il pouvait avoir fournis. Cependant, en dépit des protestations, cette méthode s'est généralisée, et certains malades ont trouvé dans les cautérisations nasales le seul soulagement à leur souffrance.

Nous allons examiner la valeur de ce traitement d'après les résultats obtenus par son emploi, nous réservant d'en indiquer tout à l'heure les inconvénients.

Hack (1) a traité 87 malades chez lesquels des lésions nasales avaient déterminé de l'asthme. Il en élimine d'abord 25 dont l'opération était trop récente ou qu'il avait perdue de vue. Sur les 62 autres qu'il avait pu suivre, 33 ont été définitivement guéris, 17 ont éprouvé une amélioration considérable, chez 12 l'opération n'a eu que des résultats insignifiants ; chez certains même les symptômes asthmatiques se sont aggravés.

Hering (2) a observé l'asthme d'origine nasale causé, soit par un catarrhe, soit par des polypes dans 26 cas. Dans 20 cas l'asthme était dû à une rhinite chronique avec hypertrophie des cornets moyens inférieurs ; il a eu 12 guérisons sur ces 20 cas.

Sur 6 cas d'asthme dû à la présence de polypes, il a réussi à guérir 4 fois cette affection par l'excision de ces néoplasmes. Cet auteur n'appelle guéris que les malades chez lesquels il n'y a pas eu de récidive depuis plus d'un an.

Lublinski (3) a traité 143 malades atteints d'asthme dû à des lésions du nez. C'est la rhinite chronique hypertrophique qui fournissait une grande partie des cas (55). Sur ces 55 cas il a eu 8 guérisons radicales et 3 améliorations notables. Il a traité 32 malades atteints d'altérations pathologiques de la muqueuse des cornets inférieurs ou moyens, et a constaté

---

(1) Hack, *Loc. cit.*

(2) Hering, *Loc. cit.*

(3) Lublinski, *Loc. cit.*

9 guérisons radicales et 6 améliorations. Dans 7 cas de polypes l'extirpation a amené 5 fois une guérison radicale.

Julien Sommerbrodt (1) possède des renseignements sur 43 cas d'asthme qu'il a traités au moyen du galvano-cautère : 18 ont été complètement guéris, 12 ont vu leur état considérablement amélioré, 13 n'ont retiré aucun bénéfice du traitement.

Bosworth (2) a traité 46 malades atteints d'asthme d'origine nasale. La rhinite chronique avec hypertrophie des cornets est la lésion qu'il a le plus souvent constatée. Sur ces 46 cas il a obtenu la guérison complète dans plus de la moitié des cas.

Ruault (3) a donné ses soins à un assez grand nombre d'asthmatiques atteints de lésions nasales. Il estime avoir guéri environ un tiers de ses malades ; les autres n'ont retiré du traitement qu'un résultat insignifiant. Dans 2 cas, enfin, chez des individus qui ne présentaient que de la tuméfaction congestive des cornets inférieurs, l'asthme s'est manifestement aggravé à la suite de l'intervention.

Roé (4) a employé les cautérisations superficielles de la muqueuse nasale chez 42 malades atteints d'asthme des foins. Il a obtenu 35 guérisons. Sur ces 35 cas heureux, 17 fois la guérison se serait maintenue de 1 à 9 ans. Fletcher Ingalls, qui a employé la méthode de Roé et Sajous, prétend qu'elle permet d'obtenir jusqu'à 80 0/0 de guérisons (?)

Que conclure de ces statistiques ? Si l'on se souvient combien l'asthme est une affection tenace et combien les moyens thérapeutiques échouent fréquemment contre elle, on conviendra que le traitement chirurgical donne, en somme, de bons résultats.

---

(1) Sommerbrodt, *Loc. cit.*
(2) Bosworth, *Loc. cit.*
(3) Ruault, *Loc. cit.*
(4) Roé, *Loc. cit.*

Ce traitement aura d'autant plus de chances de réussir qu'il sera employé de bonne heure, car les rhinologistes sont unanimes à reconnaître que dans nombre d'observations les résultats n'ont pas été favorables parce que l'asthme était trop ancien et que des altérations importantes s'étaient déjà produites dans les poumons.

« Il importe aussi de remarquer, dit Ruault (1), que le nombre de guérisons serait vraisemblablement plus élevé si nos méthodes de thérapeutique rhinologique étaient plus sûres et plus perfectionnées. Si dans la plupart des cas nous réalisons chirurgicalement le rétablissement de la perméabilité nasale en enlevant les polypes, reséquant les saillies de la cloison, cautérisant les cornets tuméfiés ou extirpant les tissus hypertrophiés, nous sommes loin d'arriver toujours à guérir les troubles sécrétoires et nous n'arrivons vraisemblablement jamais à rendre à la muqueuse sa structure normale. C'est à cette insuffisance des moyens thérapeutiques que je dois évidemment attribuer, ajoute cet auteur, les insuccès que j'ai eus chez plusieurs individus dont cependant je pouvais sûrement et constamment arrêter les accès d'asthme par une pulvérisation intranasale d'une solution de cocaïne ».

S'il est juste de reconnaître que le traitement de l'asthme d'origine nasale par les moyens chirurgicaux a donné dans certains cas d'heureux résultats, il faut se garder cependant à son égard d'un enthousiasme exagéré. Parmi les nombreuses critiques que l'on a formulées contre lui, certaines sont injustes, mais il en est cependant qui méritent d'être retenues.

Le principal reproche qu'on peut adresser à ce traitement est qu'il est loin d'être inoffensif et qu'il amène parfois de fâcheuses complications: la nécrose des cornets (Hering),

(1) Ruault, *Loc. cit.*

l'anosmie complète, l'adhérence des cornets avec la cloison nasale, l'érysipèle traumatique, des symptômes méningitiques avec fièvre, des névralgies du trijumeau, des gonflements rhumatoïdes (Hack), des otites moyennes (Schaffer), des hémorrhagies abondantes (Ziem), l'œdème du palais (Schmaltz), même l'avortement (Hupper), ont été observés après l'emploi de ce moyen par des médecins très prudents et très expérimentés qui avaient pratiqué l'extirpation de tumeurs ou la cautérisation énergique des corps caverneux des cornets.

Ces complications sont infiniment plus rares quand on ne pratique que des cautérisations superficielles de la muqueuse nasale, mais on doit se souvenir de leur possibilité. Elles ne doivent en aucune façon faire rejeter l'opération d'une façon systématique, mais on ne doit la pratiquer qu'avec prudence.

Certains malades atteints de crises d'asthme de peu d'importance produites par de la rhinite chronique hypertrophique et traités par le galvano-cautère ont vu leur asthme s'aggraver très manifestement à la suite de cette intervention. Des observations de ce genre ont été notées par les partisans les plus résolus de l'intervention chirurgicale (Ruault, Hack). Leur fréquence relative n'est pas faite pour surprendre. Il est aisé de comprendre, en effet, que les pertes plus ou moins étendues de substance que détermine l'application du galvano-cautère ou de l'anse galvanique peuvent, dans certains cas, donner lieu à des cicatrices vicieuses, rétractées, susceptibles de provoquer l'irritabilité des terminaisons nerveuses du trijumeau et par suite l'asthme réflexe.

Ces complications, ces résultats malheureux, notés avec soin par les adversaires de l'intervention chirurgicale, jetèrent quelque discrédit sur les théories de Hack et de ses partisans et sur leurs procédés opératoires. Ce discrédit augmenta encore quand on s'aperçut que certaines guérisons produites par les

cautérisations intra-nasales n'étaient pas durables et que les récidives se produisaient avec une certaine fréquence.

Déjà ébranlées par les excès opératoires de leurs partisans, les théories de Hack, après avoir fait tant de bruit et réuni tant de prosélytes, ne tardèrent pas à tomber dans un oubli absolument injustifié. Nous disons injustifié, car il est incontestable que si les critiques qu'on a formulées contre le traitement intra-nasal de l'asthme sont en partie méritées, et si les récidives qui suivent son application sont fréquentes, des auteurs absolument dignes de foi ont obtenu par son emploi un nombre considérable de réels succès.

Il faut rechercher la cause de la défaveur dans laquelle sont tombées les théories de Hack, dans l'exagération même que lui et ses partisans apportèrent dans l'application de leur système. En voulant faire des lésions nasales la cause unique et suffisante de l'asthme, en instituant contre cette affection un traitement uniquement local, ils ont méconnu cette vérité que si l'asthme est dans bien des cas une névrose réflexe d'origine nasale, c'est avant tout et toujours une névrose diathésique et très souvent héréditaire.

III

Pour bien juger cette intéressante question de l'asthme réflexe d'origine nasale, il faut bien se convaincre de ce fait « que la facilité d'apparition de ce phénomène morbide et l'intensité avec laquelle il évoluera ne sont pas seulement en rapport avec la nature et le degré de l'affection nasale dont ils dérivent, mais encore et surtout qu'elles dépendent des sujets atteints. Il est bien évident que pour que la névrose réflexe se produise, il ne suffit pas que les fosses nasales ou l'arrière-cavité soient le siège d'une lésion ; il faut, en outre, une prédisposition individuelle, un terrain préparé » (1).

C'est cette question de terrain qui domine toute la pathogénie de cette maladie. Chez les individus exempts de toute diathèse et atteints de lésions nasales, même importantes, le réflexe pathologique ne se produira pas, alors que chez des prédisposés, des lésions nasales en apparence insignifiantes provoqueront très fréquemment son apparition.

Toute inflammation de la pituitaire, toute rhinite ne s'accompagne pas fatalement de réflexe. Il s'en faut de beaucoup. L'apparition de ces troubles, nous le répétons, n'est pas subordonnée à la nature de la lésion, ni à son importance : elle est subordonnée à l'individu.

---

(1) Ruault, *Loc. cit.*

Les lésions des fosses nasales ne peuvent, en aucune façon, donner lieu de toute pièce à l'asthme ; et si elles sont, à n'en pas douter, les causes déterminantes très fréquentes de la production de cette névrose, il est incontestable qu'elles ne produisent cet effet que sur des sujets particulièrement susceptibles d'avoir de l'asthme sous cette influence.

Il faut, pour que ces troubles apparaissent, un substratum pathologique, une prédisposition morbide, sans lesquels les lésions nasales n'auront aucun retentissement sur l'économie. Il faut, en un mot, pour que l'asthme se produise sous leur influence, que le sujet soit déjà en imminence d'asthme.

Or, l'asthme est l'apanage à peu près exclusif des arthritiques ou herpétiques, et la cause prédisposante la plus efficace, la seule dont l'action soit importante, est l'existence de la diathèse arthritique ou herpétique (1).

Point n'est besoin de longs développements pour faire ressortir ce fait, aujourd'hui admis par tous les cliniciens, et que Trousseau a si bien mis en lumière. « Dartres, rhumatismes, goutte, hémorroïdes, gravelle, migraine, écrit-il, sont des affections que l'asthme peut remplacer, et qui réciproquement peuvent remplacer l'asthme ; ce sont des expressions différentes d'une même diathèse » (2).

« Un père goutteux, dit Dieulafoy, engendre des enfants qui, dès leur jeunesse, auront la migraine et des hémorroïdes, et qui seront plus tard graveleux, asthmatiques ou goutteux » (3).

---

(1) Nous employons indistinctement ces deux termes dans le cours de ce travail pour désigner cette même diathèse, nous rangeant à l'avis de M. Hallopeau, qui « admet avec MM. Besnier, Lancereaux, Bouchard et Legendre, que l'arthritisme et l'herpétisme ne constituant qu'une seule et même diathèse, peu importe qu'on lui donne l'un ou l'autre nom » (Hallopeau, *Pathologie générale*, p. 26).

(2) Trousseau, *Loc. cit.*

(3) Dieulafoy, *Loc. cit.*

Si l'on suit, dans son existence, un sujet chez lequel des lésions nasales auront déterminé de l'asthme, on peut se rendre compte que cette maladie est bien rarement la seule dont il ait eu à souffrir. On trouvera constamment que cet individu aura eu, dans sa jeunesse, de la migraine, de l'acné, de l'eczéma, des épistaxis, de l'angine granuleuse, du rhumatisme chronique, de la gravelle ou toute autre manifestation de l'arthritisme, et si le sujet, très jeune, ne présente rien de semblable dans ses antécédents personnels, on retrouvera ces mêmes phénomènes chez ses ascendants directs. Un père asthmatique aura fréquemment des enfants affectés de cette maladie ; cette hérédité similaire de l'asthme ne fait de doute pour personne. L'hérédité non similaire est également prouvée, et les goutteux, les graveleux, les migraineux, les dartreux engendrent des asthmatiques.

Cela s'explique aisément si l'on se souvient que ces affections sont toutes liées à l'arthritisme et qu'en fait d'hérédité morbide il n'y a guère lieu d'admettre que la transmission de manière d'être, de tempérament, de diathèse en un mot. L'asthme est donc héréditaire, non parce qu'on peut en être affecté à la naissance, mais parce qu'on hérite de ses parents d'un organisme susceptible de réaliser tout un ensemble de manifestations morbides qui forment un faisceau de maladies sœurs.

Labadie-Lagrave, cité par Herbert (1), a observé une famille dont le père est goutteux et dans laquelle, des quatre enfants, l'aîné est goutteux, le second et le quatrième asthmatiques et le troisième a tous les ans de l'asthme d'été très net.

Creswell-Baber (2) cite également l'observation d'un malade

---

(1) Herbert, *Etude sur la maladie des foins : rhino-bronchite spasmodique*, thèse de Paris, 1872.

(2) Creswell-Baber, *A guide of the examination of the nose.*

atteint de polypes du nez qui présentait des troubles de la respiration et de la voix. Cet homme avait une sœur qui souffrait de l'asthme des foins et une autre sœur atteinte, elle aussi, de polypes du nez et présentant des accidents asthmiformes.

La littérature médicale fourmille de faits de ce genre ; on voit fréquemment l'asthme d'été et l'asthme ordinaire coexister dans les mêmes familles.

Ce fait ne saurait surprendre si l'on admet avec les auteurs que nous avons cités précédemment que l'asthme d'été est spécial quant à sa cause, mais qu'il est, quant à sa nature et à sa pathologie, tout à fait comparable à l'asthme ordinaire et si l'on pense, avec le professeur Potain, que c'est à tort qu'on a voulu faire de l'asthme des foins une espèce particulière.

C'est en 1868 que M. Guéneau de Mussy (1), dans une clinique restée célèbre, établit les rapports étroits de l'asthme d'été et de l'arthritisme. Se fondant sur un certain nombre d'observations qu'il avait pu faire, et ayant chez tous les malades constaté des antécédents héréditaires ou collatéraux de nature arthritique, il n'hésita pas à considérer la fièvre des foins comme l'un des nombreux types de la diathèse arthritique. Sans vouloir nier l'influence des foins, il admettait que cet agent ne constituait, chez un certain nombre de sujets prédisposés, qu'une simple cause occasionnelle des accès tout comme dans d'autres cas d'asthme ordinaire.

Ces opinions, soutenues de la plus brillante façon par leur auteur, obtinrent un très grand succès et sont encore aujourd'hui généralement reçues en France. Les travaux récents, qui ont établi que l'asthme d'été n'est autre chose qu'une névrose réflexe d'origine nasale, n'ont en aucune façon infirmé les

(1) Guéneau de Mussy, *Clinique sur la rhino-bronchite spasmodique*, 1868, p. 433.

idées de Guéneau de Mussy qui faisait de cette affection l'apanage exclusif des arthritiques.

Si ces manifestations diverses de l'arthritisme sont héréditaires, si elles peuvent coexister dans les mêmes familles, elles peuvent aussi apparaître en même temps et même se supplanter chez un même individu.

L'alternance de l'asthme et de l'urticaire est une chose si commune qu'on a appelé parfois l'asthme l'urticaire des bronches. L'eczéma se rencontre très souvent aussi chez les asthmatiques. Ces affections coexistent avec une telle fréquence qu'il est impossible de voir là un simple effet du hasard. Les cliniciens les plus autorisés : Bouillaud, Trousseau, Pidoux, Guéneau de Mussy, ont depuis longtemps déjà affirmé ce fait.

Duclos, de Tours, avait même émis cette hypothèse que l'asthme n'était autre chose qu'une poussée eczémateuse qui se produisait sur la membrane muqueuse pulmonaire d'une façon absolument analogue à celles que nous voyons si souvent se produire sur d'autres membranes muqueuses ou sur la peau.

« Les dermatoses, écrit le professeur Bouchard, sont extrêmement fréquentes chez les asthmatiques, et parmi ces dermatoses, je citerai en première ligne l'eczéma, que l'on rencontre dans les deux tiers des cas (1).

Nous avons pu, pour notre part, en parcourant les nombreuses observations recueillies par notre père à Uriage, nous rendre compte que ces affections s'associent avec une extrême fréquence.

Germain Sée (2) avait si souvent observé ce fait, qu'il avait été amené à établir entre ces deux affections une relation de cause à effet, admettant que l'irritation des nerfs cutanés due à la dermite pouvait être le point de départ de crises d'asthme

(1) Bouchard, *Maladies par ralentissement de la nutrition*, p. 376.
(2) Germain Sée, *Loc. cit.*

réflexe. Il n'est pas permis, dans l'état actuel de la science, de se prononcer d'une manière définitive sur cette théorie très séduisante. Certains auteurs l'ont acceptée cependant et ont admis, à côté de l'asthme nasal, de l'asthme bronchique, de l'asthme utérin et de l'asthme dyspeptique, l'existence de l'asthme cutané.

« Le lien commun de ces maladies différentes, mais de même famille, la cause commune qui les engendre et qui les associe, c'est le trouble nutritif général, c'est la diathèse caractérisée par la nutrition retardante » (Bouchard).

L'asthme n'est en effet pour ce Maître éminent qu'une manifestation particulière d'un vice nutritif général se manifestant par des expressions locales très diverses, se traduisant tantôt par des accès de dyspnée formant le tableau clinique de l'affection qui nous occupe, tantôt par des accès de goutte ou de gravelle, de rhumatisme, de migraine, d'eczéma. Cette conception, qui repose à la fois sur la physiologie pathologique et sur la statistique clinique, est admise aujourd'hui par bien des cliniciens.

C'est ce vice nutritif qui constitue la diathèse arthritique. C'est là le fond sur lequel vont évoluer ces affections diverses mais de même provenance, que Bouchard a appelées maladies par ralentissement de la nutrition ou plus simplement maladies arthritiques.

Les sujets en puissance de cette diathèse sont susceptibles de réaliser une ou plusieurs des maladies différentes qui se rattachent à elle ; ils peuvent pendant de longues années n'en réaliser aucune, car les diathèses restent souvent longtemps silencieuses et sont parfois compatibles avec une parfaite santé ; mais si une cause déterminante survient, ces affections peuvent se produire.

C'est ce rôle de cause déterminante qui nous paraît appartenir, pour l'asthme, aux lésions de la muqueuse nasale. Elles

sont les causes productrices, « le coup de fouet », comme dit Brissaud, qui déterminent et entretiennent l'asthme chez un sujet arthritique. Mais si le sujet n'était pas en puissance de cette prédisposition morbide, elles resteraient sans effet. C'est cette « habitude vicieuse du mouvement nutritif » (Bouchard) qui constitue la diathèse arthritique qui, seule, rend possible l'apparition du réflexe pathologique.

A notre sens, ces deux facteurs, lésions nasales et prédisposition morbide, interviennent avec une égale importance dans la production de l'asthme d'origine nasale, et toute thérapeutique rationnelle de cette affection devra s'adresser également à tous les deux.

En supprimant la cause déterminante, la lésion nasale, Hack et ses partisans peuvent dans certains cas, ainsi que le prouvent leurs statistiques, faire disparaître les attaques d'asthme, mais le sujet n'en reste pas moins prédisposé, toujours en imminence d'asthme. En admettant que la lésion nasale soit radicalement guérie, ce qui est l'exception, d'autres causes déterminantes peuvent encore se produire, et après avoir fait de l'asthme avec sa muqueuse nasale il peut en faire de nouveau avec sa muqueuse bronchique déjà lésée, avec son appareil intestinal ou son système cutané.

C'est là pour nous l'explication des récidives si souvent notées à la suite de l'application exclusive des moyens chirurgicaux au traitement de l'asthme d'origine nasale.

Nous estimons que le traitement qui découle des données étiologiques que nous venons d'exposer doit répondre à une double indication, avoir un double but:

1° Attaquer la lésion nasale, cause déterminante de l'asthme.

2° Modifier la condition générale de l'organisme, qui rend cette affection possible et qui l'entretient ; s'efforcer de combattre cette diathèse arthritique, cette prédisposition morbide,

sans laquelle, quelle que soit l'importance de la lésion nasale, l'asthme ne se produira pas.

Nous avons vu quels étaient les moyens chirurgicaux qui ont été mis en œuvre pour combattre les lésions nasales. Il est évident que dans les cas de polypes ou de végétations adénoïdes, l'intervention chirurgicale est parfaitement indiquée. Mais dans le cas le plus fréquent, qui est celui où une simple rhinite chronique, hypertrophique ou non, est la cause déterminante de l'asthme, il nous paraît qu'avant d'en arriver aux cautérisations intra-nasales, qui sont loin d'être sans inconvénients, on doit épuiser les autres moyens généralement employés contre le coryza chronique.

Nous ne passerons pas ici en revue toutes les médications qui ont été instituées contre cette affection. Nous en retiendrons seulement une seule, sur laquelle nous reviendrons très longuement tout à l'heure, car elle est la base du traitement de l'asthme d'origine nasale à Uriage : je veux parler des irrigations naso-pharyngiennes.

Pour répondre à la deuxième indication, on devra essayer de tous les moyens que l'hygiène met à notre disposition pour modifier l'organisme : l'hydrothérapie, l'exercice, le grand air pourront rendre dans cet ordre d'idées d'importants services.

Parmi les médicaments qui ont la plus heureuse action sur les troubles nutritifs qui nous occupent, l'iodure de potassium et l'arsenic tiennent aujourd'hui le premier rang. L'emploi de ces agents constitue la médication altérante. Leur administration, longtemps continuée, est d'une efficacité incontestable dans le traitement de l'asthme.

« Un des plus sûrs moyens de produire ces modifications lentes et constitutionnelles qui doivent aboutir à une inversion

du mode nutritif de l'individu est l'emploi des eaux minérales »(1). Parmi elles, les eaux sulfureuses et certaines eaux arsenicales jouent un rôle des plus importants dans la thérapeutique de l'asthme. Elles doivent, pour la plus grande part, la juste renommée qu'elles ont obtenue dans le traitement de cette affection, à la stimulation énergique qu'elles impriment à la nutrition, au remontement général de l'organisme, comme disait Bordeu, qu'elles déterminent, à la suractivité bienfaisante qu'elles impriment aux fonctions des organes.

Certaines d'entre elles, en outre de leur influence toute spéciale sur les troubles de nutrition intime, ont une action locale très énergique sur les catarrhes des muqueuses et en particulier sur le coryza chronique.

Les eaux d'Uriage ont, à ce double point de vue, une action tout à fait remarquable. Elles répondent donc à la double indication que l'on doit, à notre sens, chercher à remplir dans le traitement de l'asthme d'origine nasale. C'est ce que nous allons chercher à établir dans la dernière partie de notre travail.

---

(1) Albert Robin, *Rapport à l'Académie de Médecine sur les eaux minérales*, 1888.

IV

TRAITEMENT DE L'ASTHME D'ORIGINE NASALE

PAR LES EAUX D'URIAGE

Puisque nous avons à démontrer les indications et l'action des eaux d'Uriage dans les cas d'asthme d'origine nasale, il est indispensable que nous fassions connaître la composition chimique de ces eaux, leurs effets à la fois physiologiques et thérapeutiques et leurs divers modes d'administration.

Nous n'entreprendrons pas cependant à leur égard une monographie complète qui nous entraînerait à de trop longs développements. Au point de vue de leur mode d'administration surtout, nous ne retiendrons que ce qui a directement trait au sujet qui nous occupe.

Notre expérience personnelle étant naturellement incomplète nous avons dû puiser nos documents aux sources les plus autorisées. Les ouvrages de Vulfranc Gerdy (1), le traité si complet, si documenté du docteur Doyon (2), auquel nous avons emprunté plusieurs citations, nous ont fourni de précieux renseignements. Mais c'est surtout la lecture attentive des nombreuses observations recueillies par notre père et par-

---

(1) Vulfranc Gerdy, *Etude sur les eaux minérales d'Uriage,* Paris, 1849.

(2) Doyon, *Uriage et ses eaux minérales.* Paris, 1889.

dessus tout son enseignement oral qui nous ont été du plus grand secours.

Notre dire ne sera donc, en grande partie, que le reflet plus ou moins fidèle de ses opinions, sanctionnées par sa vieille expérience.

SOURCES

Deux sources alimentent l'établissement d'Uriage : l'une saline et sulfureuse, la plus importante à tous les points de vue, la seule dont nous aurons à nous occuper dans cette étude ; l'autre simplement ferrugineuse par lixiviation, que la nature semble avoir placée tout exprès auprès de la première comme un modeste auxiliaire, mais qui n'en rend pas moins dans certains cas déterminés de véritables services.

La source saline et sulfureuse jaillit d'une roche schisteuse à l'extrémité d'une galerie de captage de 300 mètres de long. Son débit constant est 5.500 hectolitres par 24 heures. Sa température est de 27°2 au griffon même de la source et de 23°4 à la buvette.

Diverses analyses en ont été faites à différentes reprises. Celle de M. Jules Lefort, membre de l'Académie de Médecine, remonte à 1865. Les résultats de cette dernière ont été contrôlés en 1881 par un savant chimiste, M. Peligot, membre de l'Institut. La différence entre ces deux analyses étant insignifiante, je me borne à reproduire la première.

Voici donc, d'après M. Jules Lefort, la composition élémentaire d'un litre d'eau d'Uriage :

		Grammes
Densité.	1,0084	»
Azote à 0 et à 760 m. . . .	19 cc. 5	»
Acide carbonique libre . .	3,2	0,0062
— sulfhydrique.	7,3443	0,0113
Chlorure de sodium		6,0569
— de potassium		0,4008
— de lithium		0,0078
— de rubidium		impondérables
Iodure de sodium		
Sulfate de chaux.		1,5205
— de magnésie		0,6048
— de soude		0,1875
Bi-carbonate de soude.		0,5555
Hyposulfite de soude		indices
Arséniate de soude		0,0021
Sulfure de fer		impondérable
Silice		0,0790
Matière organique		indices
		10,4262
Poids du résidu salin obtenu à 180 degrés		10,2760

Cette analyse démontre non seulement de la manière la plus évidente la richesse de minéralisation de l'eau d'Uriage prise dans son ensemble, mais elle dénote encore dans sa composition la coexistence de certains principes, qui, pris isolément, suffiraient à eux seuls à assigner à une eau quelconque un rang des plus honorables parmi les sources thermales.

Essentiellement chlorurée sodique avec ses 6 grammes de chlorure de sodium par litre, elle peut être classée dans la catégorie des eaux chlorurées sodiques, fortes.

Son degré de sulfuration lui permet aussi de revendiquer son droit de cité parmi les eaux sulfureuses et le dosage de ses sulfates parmi les eaux purgatives.

Elle pourrait même, mais avec de plus modestes prétentions, prendre rang parmi les eaux arsenicales.

Voilà donc une source thermale qui peut être classée presque indifféremment parmi les eaux chlorurées sodiques, les sulfureuses, les sulfatées et même les arsenicales.

Mais ce qui constitue la caractéristique de l'eau d'Uriage au point de vue de sa composition chimique, c'est de réunir en elle seule des principes qu'on ne trouve le plus souvent qu'isolés, et de répondre ainsi à des indications complexes.

Au point de vue thérapeutique, l'expérience clinique vient affirmer que l'on obtient, par l'usage de ces eaux, les heureux effets que l'on était en droit d'attendre de la richesse et de la nature de leur minéralisation.

Comme eaux chlorurées sodiques fortes, elles visent d'une manière toute particulière le lymphatisme et la scrofule, dans leurs expressions les plus bénignes, comme dans leurs expressions les plus graves.

Comme eaux sulfureuses et arsenicales, elles s'adressent plus particulièrement à l'arthritisme ou herpétisme, et plus spécialement encore à ses manifestations du côté de la peau et du côté des muqueuses.

Mais de même que leur caractéristique, au point de vue de leur composition chimique, réside dans l'association de ces éléments minéralisateurs, chloruré sodique, sulfureux et arsenical, de même dans la pratique voit-on leurs effets les plus remarquables se produire dans les cas si fréquents où l'arthritisme coexiste avec le lymphatisme ou la scrofule, dans les cas où ces états diathésiques paraissent greffés les uns sur les autres.

DIVERS MODES D'EMPLOI DES EAUX D'URIAGE

BOISSON

L'eau d'Uriage est d'une limpidité absolue. Ce n'est qu'après être restée exposée à l'air pendant un temps plus ou moins long et qui varie suivant les conditions atmosphériques extérieures, que son acide sulfhydrique se décompose, que le soufre se précipite et qu'elle prend une teinte opaline louche de plus en plus prononcée.

Au point de vue du goût et de l'odeur, elle a toutes les qualités, je devrais dire tous les défauts, inhérents à sa composition chimique. Odeur franchement sulfureuse, saveur salée, amère et hépatique. Cependant, grâce à sa thermalité modérée et à sa limpidité parfaite, elle est bien rarement un objet de répugnance pour les malades. Les enfants eux-mêmes, qui viennent en si grand nombre à Uriage, l'acceptent volontiers, et le nombre des récalcitrants est extrêmement restreint.

L'eau est employée, en boisson, à des doses qui varient suivant les effets que l'on veut obtenir.

A petite dose, c'est-à-dire à la dose de un demi-verre à deux verres au maximum, pris dans le courant de la journée et à intervalles éloignés, elle agit à la fois comme altérante et comme tonique et reconstituante.

Comme altérante, grâce à la nature et à la richesse de sa minéralisation, en modifiant de la manière la plus heureuse, en

faisant cesser même complètement les troubles de nutrition de causes diverses, en mettant ainsi l'organisme en état de défense contre les influences de l'hérédité, et en atténuant et annihilant même les manifestations symptomatiques, déjà existantes, d'un état diathésique.

Comme tonique et reconstituante, elle stimule, non seulement les fonctions digestives, augmente l'appétit, mais elle imprime à toute l'économie une bienfaisante suractivité vitale, sans provoquer toutefois de symptômes d'excitation.

C'est même cette absence presque absolue d'action excitante ou irritante de la part d'un agent tonique et fortifiant par excellence qui constitue le caractère spécial de l'eau d'Uriage, et qui rend son emploi si précieux chez les enfants et chez les débilités de toute sorte. Ce caractère, nous le constaterons, quel que soit le mode d'administration mis en usage, bains, douches ou irrigations nasales.

Les effets toniques et reconstituants de l'eau d'Uriage, administrée en boisson, à petite dose, doivent eux aussi être attribués à la nature des éléments qui la composent. Certains des sels qui entrent dans sa composition se retrouvent également dans le sérum du sang. Il y a là une analogie frappante qui nous paraît digne d'être signalée.

L'examen comparatif des deux analyses que je reproduis ci-dessous justifiera cette manière de voir.

1 litre de serum humain contient :		*1 litre d'eau d'Uriage contient :*	
Chlorure de sodium. . . .	5,546	Chlorure de sodium . . .	6,0569
Chlorure de potassium . .	0,359	Chlorure de potassium. .	0,4088
Soude abstraction faite de Co^2	1,532	Bicarbonate de soude. . .	0,5555

Il nous a paru de quelque intérêt de faire ce rapprochement. Peut-être pourrait-il nous expliquer, en partie, l'action si remarquable qu'exerce l'eau d'Uriage sur la nutrition.

A la dose moyenne de 4 à 6 verres pris le matin à jeun et à intervalles rapprochés (10 à 15 minutes au plus), elle provoque une ou plusieurs selles liquides abondantes. Son action est généralement excessivement prompte, mais aussi rapidement épuisée; elle ne s'accompagne jamais de coliques. C'est même cette innocuité, presque absolue, qui pousse certains malades à abuser de ce moyen thérapeutique et à absorber, presque chaque jour, 10, 12 et même 15 verres d'eau dans la matinée. C'est au médecin traitant de réfréner cet excès de zèle absolument inutile, et qui pourrait même, dans certains cas, devenir nuisible.

L'expérience a démontré, néanmoins, que s'il se produit, quelquefois, certains symptômes d'irritation du côté du tube digestif, ce n'est pas à l'emploi excessif de l'eau minérale à haute dose qu'il faut les attribuer, mais bien à l'abus des doses fractionnées. Mieux vaudrait, en effet, absorber chaque matin, mais coup sur coup, 10 ou même 15 verres d'eau minérale, que d'en prendre 3 ou 4 seulement dans le courant de la journée, mais à doses largement espacées.

L'explication de ce fait me paraît facile. Dans le premier cas, l'eau avalée, en quelque sorte coup sur coup, est éliminée avec une rapidité extrême, elle passe en masse, si je puis m'exprimer ainsi.

Dans le second cas, au contraire, elle est complètement absorbée et peut produire, alors, des effets irritants dus à la qualité et à la quantité des principes minéralisateurs qui entrent dans sa composition.

L'eau en boisson, administrée à haute dose, joint à son action purgative une action nettement dérivative, que l'on utilise avec succès dans certaines affections humides de la peau et dans certaines localisations du principe arthritique du côté des muqueuses.

On comprendra donc aisément les services que ce mode

d'administration peut rendre dans les cas d'asthme d'origine nasale, car cette action dérivative aura la plus heureuse influence sur le catarrhe nasal, cause déterminante de l'asthme, et sur le catarrhe bronchique qui accompagne constamment le spasme réflexe des muscles de la respiration, et qui, trop souvent, ne disparaît pas avec lui.

Cette action dérivative a également pour conséquence, sinon d'annihiler, du moins d'atténuer, dans une large mesure, la poussée thermale quand elle vient à se produire. Cette poussée, je me hâte de le dire, est une véritable exception à Uriage. Si elle existe, elle est toujours bénigne et cède, non pas à la suspension, mais à la continuation même du traitement hydrominéral.

En résumé, au point de vue de l'administration de l'eau minérale en boisson dans le cas d'asthme d'origine nasale, voici, basées sur l'expérience, les règles qu'il est bon et utile de mettre en pratique.

Pour obtenir une action tonique, reconstituante et altérante, faire exclusivement usage de l'eau à doses fractionnées. Un quart, un demi, un verre entier même, chez les enfants, soit pure, soit coupée avec du lait ou un sirop quelconque. Chez les adultes, ne pas dépasser la dose de deux verres dans les 24 heures.

Quant à cette action multiple on veut surajouter une action dérivative, alterner les deux moyens à intervalles plus ou moins rapprochés. C'est au médecin traitant de régler cette alternance, d'après les indications fournies par l'état même du sujet.

BAINS

Les bains jouent un rôle très important dans la médication thermale d'Uriage. Leur durée ordinaire est de 15 à 30 minutes pour les enfants et de 40 à 60 minutes pour les adultes.

Au point de vue de leur thermalité, le mélange de l'eau minérale naturelle à 27°5 avec une certaine quantité de cette même eau artificiellement chauffée en vase clos à 80° environ par un procédé spécial qui ne lui enlève aucune de ses propriétés médicamenteuses, permet de la régler à volonté suivant les effets que l'on veut obtenir et réalise de ce chef un précieux avantage.

Il est évident, en effet, que les bains d'Uriage, tout en conservant les vertus inhérentes à leur composition chimique, peuvent dans une certaine mesure avoir des effets différents suivant le degré de température auquel ils auront été administrés.

A une température modérée de 34° au maximum, ils visent d'une manière plus spéciale les symptômes névropathiques, la faiblesse, l'anémie et ont un effet tonique et reconstituant très énergique. Ils produisent une sédation manifeste du système nerveux, ils modifient la susceptibilité nerveuse, l'excitabilité réflexe exagérée, qui jouent un si grand rôle dans l'affection qui nous occupe. C'est aussi à cette température de 33 à 34° que l'expérience démontre que leur action modificatrice des états diathésiques s'exerce de la façon la plus favorable.

Plus chauds, par suite de la stimulation qu'ils exercent du côté de la surface cutanée, ils ajoutent à leur action thérapeutique proprement dite une action révulsive et dérivative manifeste, sur laquelle je reviendrai du reste quand je parlerai des douches générales simples ou écossaises, mais qu'il est toujours bon de surveiller avec soin, de crainte de dépasser le but que l'on se propose d'atteindre.

Le cadre restreint de mon sujet ne motive pas une discussion approfondie sur les effets physiologiques des bains en général et des bains d'eau minérale en particulier. Ces derniers agissent-ils en vertu de l'absorption par la peau de leurs principes minéralisateurs? Théorie séduisante, souvent émise, souvent discutée, mais jamais nettement et scientifiquement établie.

Agissent-ils par voie de réaction nerveuse en mettant en contact avec les extrémités périphériques des nerfs cutanés les principes minéralisateurs qui entrent dans leur composition, comme le prétend M. le professeur Bouchard, et comme l'admet aussi M. Sydney-Ringer et avec lui bon nombre de médecins anglais? Questions intéressantes au plus haut point, mais d'ordre purement scientifique et théorique.

Ce qu'il nous importe à nous de connaître, ce sont les résultats tangibles, médiats ou immédiats des eaux d'Uriage administrées sous forme de bains et ce sont ces résultats que nous allons chercher à établir.

Comme nous l'avons déjà observé pour les effets de l'eau d'Uriage prise en boisson, on peut établir comme règle absolue que l'eau d'Uriage administrée sous forme de bains a une action tonique, reconstituante et non excitante. Cette dénomination de non excitante est même au-dessous de la vérité et l'épithète de calmante lui serait plus justement applicable.

Calmante au point de vue de l'état général, chez les arthritiques ou herpétiques qui sont si souvent des nerveux, chez les

lymphatiques, les affaiblis, les anémiés de toute sorte, qui, tout en récupérant leurs forces, retrouvent un sommeil paisible et réparateur.

Calmante au point de vue local ; chez certains malades atteints d'affections aiguës de la peau, eczémas aigus, impétigineux surtout, s'accompagnant de démangeaisons absolument insupportables, et qui, sous l'influence de quelques bains, d'un unique bain quelquefois, voient ces démangeaisons s'atténuer, disparaître et retrouvent un calme et un repos qui leur était inconnu depuis longtemps.

Cette action calmante locale s'observe souvent à Uriage, non seulement à la suite de l'administration des bains, mais aussi par le fait seul de l'application sur des plaques eczémateuses suintantes de simples compresses imbibées d'eau minérale tiède, souvent renouvelées.

Nous pouvons donc, d'ores et déjà, prévoir à l'avance les heureux effets que le simple contact de l'eau minérale tiède pourra exercer sur la muqueuse nasale irritée et sécrétante.

L'action tonique, reconstituante, des eaux d'Uriage prises sous forme de bains se manifeste d'une manière visible immédiate par une suractivité de toutes les fonctions et plus spécialement des fonctions de la peau et du système musculaire. Chez les enfants surtout, les chairs se raffermissent, elles perdent leur pâleur pour revêtir un cachet réel de vitalité. Ils offrent plus de résistance aux causes de fatigue, tout en jouissant d'un sommeil paisible.

Leur action altérante sur les états diathésique, arthritique, scrofuleux n'est pas moins évidente. Nombreux sont les cas où en dehors de toute médication adjuvante générale ou locale (eau en boisson, pulvérisations, douches nasales, injections), on voit pendant la cure même des manifestations symptomatiques de ces divers états constitutionnels, blépharites, kératites, conjonctivites, otorrhées, leucorrhées, s'atténuer, disparaître même complètement sous la seule influence des bains.

DOUCHES

Les douches constituent un des moyens les plus énergiques en usage à Uriage, dans le traitement de l'asthme. Nous devons donc entrer dans quelques détails techniques au sujet de leur mode tout spécial d'installation et d'administration, et indiquer leurs effets thérapeutiques.

Voici, tout d'abord, comment la douche est administrée : au lieu d'être debout ou assis, comme cela se pratique dans la plupart des établissements thermaux, où ce moyen est le plus en honneur, le patient est étendu de tout son long sur un lit de camp à plan incliné.

Il reçoit le jet d'eau minérale, qui arrive avec une pression de 8 mètres, par deux tuyaux descendant verticalement du plafond du cabinet de douche. Ces tuyaux sont terminés par un ajutage spécial avec robinet, auquel on adapte, suivant les indications et les prescriptions médicales, des pommes d'arrosoir et des grilles de formes variées. Ils ont une longueur suffisante pour permettre au doucheur de les diriger, avec l'épaule, sur toutes les parties du corps. Cette façon d'opérer a pour résultat de laisser au doucheur l'usage de ses deux mains et de lui permettre ainsi d'ajouter à l'action de la douche, celle des frictions et du massage, qu'il pratique pendant toute la durée de l'opération.

La quantité d'eau employée pour chaque douche est de 8 hectolitres. La durée de l'opération est de 12 à 15 minutes.

Les douches sont locales ou générales. Les douches générales, les seules qui nous intéressent ici, sont à une seule température, ou à température alternativement chaude et tiède ou fraîche. Ces dernières, que l'on désigne sous le nom de douches écossaises, sont de beaucoup les plus employées.

Leur administration constitue une opération en 5 actes. Le patient, étendu sur le lit de camp, doit maintenir ses muscles dans un état de relâchement aussi absolu que possible. Il reçoit alternativement et successivement sur toutes les parties du corps et à cinq reprises différentes, tantôt de l'eau chaude, tantôt de l'eau tiède ou fraîche, pendant que le doucheur pratique sur lui des frictions et du massage. C'est ce passage successif et répété d'une température élevée à une température moins élevée qui constitue le caractère essentiel des douches écossaises, telles qu'on les pratique à Uriage.

Le mélange en proportions voulues de l'eau minérale artificiellement chauffée avec de l'eau minérale à sa température naturelle, permet de varier autant qu'on le veut et de régler, suivant les prescriptions des médecins, l'écart de température des douches écossaises. Cet écart a, sur les effets des douches, une importance très considérable.

Les douches écossaises constituent une véritable hydrothérapie minérale, avec cet avantage que, débutant et se terminant toujours par le jet d'eau chaude, elles permettent au malade de réaliser, pour ainsi dire malgré lui, mais d'une manière certaine, cette action et cette réaction, si nécessaires dans l'hydrothérapie proprement dite.

Les douches écossaises ont une action à la fois tonique et sédative sur le système nerveux.

Un de leurs effets les plus constants et les plus remarquables est de créer une accoutumance, une tolérance exceptionnelles aux variations de température. Elles rendent les plus signalés services chez les personnes de tout âge, mais plus

particulièrement encore chez les enfants, qui, sous l'influence de la cause la plus insignifiante, contractent rhumes sur rhumes, bronchites sur bronchites.

Dans certains cas déterminés, surtout dans les cas de localisation du principe herpétique du côté des organes viscéraux et plus spécialement des organes respiratoires, il y a indication formelle à exercer, du côté de la peau, une révulsion plus ou moins forte.

Les douches écossaises, par la stimulation énergique qu'elles exercent sur le système cutané, permettent d'arriver à ce résultat.

Tels sont les effets généraux que les eaux minérales d'Uriage, administrées en boisson, en bains et en douches, produisent sur l'économie. Par leur action tonique, reconstituante et altérante, elles répondent aux indications que l'on doit chercher à remplir dans le traitement des maladies diathésiques ; leur action sur la scrofule et l'arthritisme est particulièrement énergique.

Par leur action tonique et fortifiante, elles impriment à l'organisme une suractivité bienfaisante ; la nutrition et l'assimilation deviennent plus actives, les fonctions s'exécutent avec plus d'énergie, les fonctions de la peau, en particulier, sont stimulées.

Leur action altérante n'est pas moins manifeste. Mais si l'observation clinique et les résultats obtenus permettent d'affirmer l'action altérante de ces eaux, il est évidemment difficile de l'analyser et de la préciser. Il est permis, toutefois, de supposer que les sels qui entrent dans leur composition, par quelque voie qu'ils soient absorbés, peau ou intestin, se mêlent au sang, circulent avec lui, apparaissent dans les tissus et exercent, peut-être, sur les mutations variées qui se passent en

leur sein, une action chimique ayant sur la dissolution ou l'élimination de certains principes une action spéciale.

C'est à leurs effets, à la fois toniques, reconstituants et altérants, c'est aux modifications qu'elles impriment à l'organisme, que les eaux d'Uriage doivent leur efficacité dans le traitement des diverses manifestations de l'arthritisme.

« Depuis longtemps, écrit le docteur Doyon, il m'a été donné de vérifier que l'eau d'Uriage produit des modifications dans les échanges organiques intimes, d'où résulte une atténuation marquée, sinon l'annihilation des prédispositions héréditaires. Ainsi sont, pour ainsi dire, créés de nouveaux tempéraments, ou tout au moins des conditions organiques meilleures pour la santé, permettant à l'organisme de lutter avec avantage contre les influences nocives » (1).

C'est sous l'influence de cette action antidiathésique énergique que les malades dont nous avons parlé au début de notre étude, chez lesquels les accès de dyspnée, les inflammations de la muqueuse nasale, les éruptions eczémateuses coexistaient ou alternaient, voyaient ces manifestations diverses d'un même état diathésique s'atténuer, et parfois disparaître, sous la seule action du traitement général par les bains, l'eau en boisson, à dose altérante ou purgative, et les douches générales.

Mais ces améliorations, dues à des changements dans l'état constitutionnel des malades, demandaient un traitement prolongé, des saisons longues et répétées. Il n'en est plus de même depuis que ces malades, en outre du traitement général, sont soumis au traitement intra-nasal par les irrigations naso-pharyngiennes.

---

(1) Doyon, *Loc. cit.*

Irrigations naso-pharyngiennes

Les irrigations naso-pharyngiennes sont aujourd'hui d'un usage courant dans le traitement des diverses lésions de la muqueuse pituitaire.

Elles constituent un moyen thérapeutique véritablement pratique qui permet d'agir d'une manière facile et prolongée sur toute l'étendue de la muqueuse nasale, dont certaines parties étaient auparavant presque inaccessibles.

L'eau d'Uriage administrée sous la forme d'irrigations naso-pharyngiennes a une action curative énergique sur les inflammations de la membrane pituitaire, causes déterminantes de l'asthme. Ce mode de traitement a une part si importante dans les succès obtenus chez les malades atteints de cette névrose réflexe, que nous devons l'exposer avec quelques détails.

L'appareil dont on se sert uniquement à Uriage est l'irrigateur d'Esmarch, auquel on adapte l'olive en porcelaine du Dr Constantin Paul. Cette olive, de forme sphérique, très légèrement aplatie, a, sur les canules plus ou moins droites, les olives allongées, mises ordinairement en usage, des avantages très marqués. Son maniement est des plus faciles. Elle s'applique simplement sur le bord libre de la narine, sans pénétrer dans la cavité nasale. Elle en obture complètement l'orifice, empêche le retour du liquide en arrière, et permet à l'eau minérale de baigner dans sa totalité la muqueuse nasale.

Les canules droites, les olives allongées, doivent être enfoncées profondément. Brusquement ou maladroitement appliquées par le malade lui-même s'il s'agit d'un adulte, par les parents s'il s'agit d'un enfant, elles peuvent heurter plus ou moins

violemment les parois du nez et irriter la muqueuse. Leur moindre désavantage est encore de provoquer un chatouillement désagréable et d'accentuer, de ce fait, la résistance naturelle que certaines personnes et les enfants surtout opposent à l'emploi de ce moyen. Ces inconvénients sont évités avec l'olive sphérique.

La pression à donner au liquide doit être aussi modérée que possible, suffisante seulement pour que le circuit s'établisse et que le passage d'une narine à l'autre s'effectue avec facilité ; les récipients montés sur crémaillère permettent de régler cette pression à volonté. La température de l'eau doit être réglementée suivant les indications et les susceptibilités individuelles. Elle doit varier entre 32° et 38°, mais ne doit jamais être inférieure à 30°. L'eau froide ou même simplement fraîche est en effet mal tolérée par la muqueuse nasale ; elle détermine le gonflement des corps caverneux des cornets, produisant une sensation d'obstruction des plus désagréables.

La quantité d'eau que l'on doit faire passer dans les fosses nasales doit être assez considérable, 2 litres en moyenne à chaque séance. En effet, en plus des modifications que l'eau minérale, de par l'action des principes qu'elle renferme, imprime à la muqueuse, elle agit en outre mécaniquement en la nettoyant, en la débarrassant du mucus, des sécrétions desséchées qui adhèrent plus ou moins à elle et qui parfois demandent, pour être détachées, le passage d'une assez grande quantité d'eau. Nous verrons, en outre, tout à l'heure, que cette opération doit être répétée plusieurs fois dans la journée.

Si l'on veut agir plus spécialement sur le naso-pharynx et la muqueuse pharyngienne, il ne sera pas besoin d'une nouvelle disposition de l'appareil. Il suffira de faire rejeter par la bouche le liquide introduit par le nez. On arrivera facilement au but cherché, soit en obturant avec le doigt la narine restée libre, soit en effectuant une assez forte aspiration alors que le

circuit est établi. La résistance du voile du palais une fois vaincue, l'eau minérale continuera à couler librement par la bouche.

On nous pardonnera d'insister aussi longuement sur les détails du mode d'administration de la douche naso-pharyngienne. Ces petits détails n'ont sans doute en apparence qu'une faible importance ; nous estimons cependant que dans la pratique ils rendent les plus utiles services.

Les eaux minérales d'Uriage jouissaient déjà d'une réputation bien méritée dans le traitement des inflammations de la muqueuse nasale ou naso-pharyngienne, alors que les malades, n'ayant pas encore recours à l'emploi de la douche nasale, se bornaient à l'usage de l'eau reniflée. Il y avait tout lieu d'espérer qu'à l'aide des irrigations naso-pharyngiennes, qui constituent un moyen curatif bien autrement énergique, on obtiendrait des succès plus sérieux encore et plus durables. Ces prévisions se sont réalisées dans la plus large mesure.

Les irrigations nasales avec l'eau minérale d'Uriage constituent un moyen des plus efficaces contre la rhinite chronique. « L'eau d'Uriage, dit le docteur Doyon, agit en modifiant la muqueuse pituitaire par ses propriétés légèrement cathérétiques, qu'elle doit à la présence du chlorure de sodium. C'est un des meilleurs topiques que l'on puisse mettre en œuvre contre le coryza chronique (1) ».

Sous l'influence du véritable bain local que constitue la douche nasale, les malades voient diminuer cette sensation d'enchifrènement, de congestion, ce prurit dans l'intérieur des fosses nasales, souvent si désagréable ; en même temps les troubles sécrétoires s'atténuent, parfois même disparaissent.

---

(1) Doyon, *Loc. cit.*

Quand enfin les inflammations chroniques de la muqueuse s'accompagnent de punaisie, les douches nasales ont sur cette fâcheuse complication une action souvent utile.

Il est juste de dire aussi que la rhinite chronique est le plus souvent sous la dépendance d'un état diathésique; elle est extrêmement fréquente chez les arthritiques. Les modifications que le traitement général détermine dans l'état constitutionnel du sujet doivent entrer pour une bonne part dans les améliorations et les succès obtenus à Uriage dans le traitement des inflammations de la muqueuse nasale.

Mais à côté de l'action curative que l'eau d'Uriage exerce sur les troubles sécrétoires et les lésions de la membrane pituitaire, cette eau a, en outre, une action sédative, calmante, des plus manifestes.

Nous avons constaté que l'on voyait souvent à Uriage des malades atteints d'eczéma impétigineux, en proie à des démangeaisons extrêmement violentes, soulagés d'une façon très rapide, sous l'influence de lotions tièdes ou de bains, parfois même d'un seul bain.

Cette action calmante que l'eau d'Uriage exerce sur les terminaisons des nerfs cutanés irrités par la dermite, elle l'exerce encore sur les terminaisons nerveuses du trijumeau dans la muqueuse nasale.

C'est cette action qui permet d'expliquer les effets parfois si rapides des irrigations nasales sur les crises d'asthme.

Si cet effet sédatif est rapidement produit, il est aussi rapidement épuisé. Il y a donc intérêt à répéter les douches naso-pharyngiennes à plusieurs reprises dans le courant de la journée dans le double but de débarrasser la muqueuse nasale des sécrétions qui ont pu s'accumuler, et de permettre à l'eau minérale d'exercer à nouveau son action calmante sur les terminaisons nerveuses irritées.

Nous verrons, dans les observations qui vont suivre, qu'il est de pratique courante à Uriage, en présence de crises d'asthme, d'augmenter le nombre des irrigations nasales et que bien souvent les crises sont ainsi enrayées.

Les irrigations nasales n'échappent pas à la loi commune ; elles ont leurs partisans résolus et leurs détracteurs. Les uns les accusent de provoquer souvent des otites douloureuses ; les autres les considèrent comme toujours inoffensives. Gardons-nous de ces extrêmes.

Nous admettons que dans certains cas déterminés, chez certains sujets porteurs de lésions spéciales de l'oreille, et prédisposés à réaliser du côté de cet organe des symptômes inflammatoires, des douches nasales, maladroitement administrées, à température trop élevée, et surtout à pression trop forte, peuvent amener une recrudescence des symptômes déjà existants, en provoquer même de nouveaux ; ce sont là des cas qui devront imposer parfois au médecin traitant une abstention au moins temporaire.

Dans d'autres circonstances, chez un malade atteint de rhinite purulente, le liquide, sous une trop grande pression, peut pénétrer dans la trompe d'Eustache et déterminer des symptômes d'infection. Mais ces accidents ne se produisent pas quand la douche nasale est bien administrée, et quand la pression du liquide est très faible. Ils sont extrêmement rares à Uriage.

Nous n'en avons trouvé que deux cas parmi les nombreuses observations que nous avons eues sous les yeux. Encore s'agissait-il d'otites bénignes à évolution et résolution rapides sans suppuration ou accident d'aucune sorte.

Un autre reproche, celui-ci plus souvent mérité, que l'on adresse aux douches nasales, c'est de provoquer parfois du côté des sinus frontaux des sensations douloureuses. Ces sen-

sations douloureuses ne se produisent guère que quand la pression du liquide est trop forte ou sa température trop basse ou trop élevée; elles tiennent le plus souvent aussi à la qualité du liquide médicamenteux mis en usage, elles se produisent très rarement à Uriage.

Les irrigations naso-pharyngiennes, par l'action qu'elles exercent sur les inflammations de la muqueuse pituitaire, permettent d'obtenir à Uriage, dans le traitement de l'asthme d'origine nasale, les résultats que les rhinologistes cherchent à atteindre par l'emploi des cautérisations. Les succès obtenus par l'emploi de ce moyen thérapeutique chez les malades dont les crises d'asthme paraissaient être sous la dépendance de lésions nasales ont été si souvent heureux qu'ils ont engagé notre père à l'appliquer à tous ses asthmatiques, sans exception.

L'efficacité de ce traitement spécial lui a souvent révélé l'origine nasale de l'asthme chez des malades qui n'étaient porteurs, en apparence, d'aucune lésion de la muqueuse pituitaire.

Parmi les observations qui vont suivre, certaines ont trait à des cas de ce genre.

Des faits analogues ont été observés dans le service du docteur Garel, médecin des hôpitaux de Lyon, et ont été relatés dans la thèse du docteur Molinier (1). Le docteur Garel a traité par les cautérisations des cornets un certain nombre de malades atteints d'asthme des foins. Ces cautérisations ont donné des résultats favorables alors même que l'examen rhinoscopique n'avait absolument rien relevé d'anormal.

Des observations semblables ont été également faites au Mont-Dore. Elles ont amené les médecins de cette station thermale, où les irrigations naso-pharyngiennes jouent aujour-

(1) Molinier, *Asthme des foins et coryza spasmodique*, thèse, 1894.

d'hui un rôle prépondérant dans le traitement de l'asthme, à appliquer systématiquement ce moyen thérapeutique à tous les asthmatiques, quel que soit l'état de leur muqueuse nasale. Notre excellent ami, le docteur Jeannel, a bien voulu nous fournir, à ce sujet, les renseignements les plus précis.

Ces faits tendent à démontrer que chez certains malades, dont la muqueuse nasale est en apparence normale, il doit exister cependant une irritabilité exagérée de cette muqueuse qui, sous l'influence des causes extérieures les plus légères, peut devenir le point de départ de crises d'asthme réflexe.

Inhalations

On s'étonnera, peut-être, du silence que nous gardons au sujet de l'emploi des inhalations, qui constituent cependant dans certaines stations thermales un des facteurs principaux du traitement de l'asthme.

Ce moyen n'a pas été appliqué par notre père à ses asthmatiques, par suite de l'installation incomplète et défectueuse jusqu'à ce jour des salles d'inhalation à Uriage. Je dis à dessein jusqu'à ce jour, car ce service doit être cette année même complètement réorganisé et pourra ainsi, dans ces conditions nouvelles, rendre dans l'avenir les services que l'on est en droit d'attendre de ce mode tout spécial d'administration des eaux.

OBSERVATIONS

Observation Première

Coryza permanent. — Crises d'asthme, surtout à l'époque de la fenaison. Eczéma des mains.

M. B..., 34 ans, est depuis de longues années sujet à des coryzas presque constants et à des accès d'asthme très fréquents et très violents. Dans l'intervalle des accès, il existe une oppression telle, que tout effort est impossible.

Recrudescence très marquée de ces symptômes au commencement de l'été. Ce malade est, en outre, atteint d'eczéma des mains.

Arrive à Uriage, le 9 août 1896, pour y passer une quinzaine de jours seulement. Très sceptique à l'endroit du traitement qu'on lui prescrit et surtout du succès qu'on lui fait espérer. Prend néanmoins des douches générales écossaises à 34°-38°. Un verre d'eau minérale matin et soir, à dose altérante et deux fois par semaine 6 verres à dose purgative.

Douches nasales à 2 ou 3 reprises dans le courant de la journée avec rejet du liquide par la bouche.

Le 14 août, c'est-à-dire 5 jours seulement après le début du traitement, le malade revient absolument transformé. Il n'a pas eu la moindre crise d'asthme et se sent le nez dégagé; l'oppression a disparu et le malade a pu faire sans fatigue l'ascension des Quatre-Seigneurs (altitude 529^{m} au-dessus d'Uriage). Pareil exploit lui eût été depuis plusieurs années absolument impossible.

Part le 24 août avec l'intention bien arrêtée de faire régulièrement, à domicile, usage des douches nasales.

Revient à Uriage, le 10 juillet 1897. A passé une très bonne année

et a tenu sa promesse en prenant tous les jours, matin et soir, une douche nasale.

Le liquide dont il se servait au début avait varié, comme composition : sel marin, acide borique, bicarbonate de soude, etc.; mais était loin de produire les effets sédatifs de l'eau d'Uriage. En présence de ces résultats négatifs, M. B... s'est fait expédier de l'eau minérale d'Uriage et s'en est servi matin et soir pour ses irrigations nasales. Le traitement hydro-minéral est repris et suivi avec régularité pendant un mois. Aucun incident à noter. M. B.. peut effectuer facilement l'ascension de Chamrousse (2234 mètres d'altitude).

M. B... est un arthritique. Le coryza, les crises d'asthme, l'eczéma dont il était atteint n'étaient évidemment que des manifestations diverses de cet état diathésique. L'amélioration si rapide, survenue la première année dès le début du traitement hydro-minéral, ne peut être attribuée, à ce moment, à une modification à si bref délai de son état général diathésique et on est en droit de la rattacher à l'action salutaire que les douches nasales ont produite sur la muqueuse pituitaire, mais on est en droit, aussi, d'expliquer par l'action générale des eaux le maintien de l'amélioration de la première heure.

Le fait qui s'est produit relativement à la qualité du liquide employé pour les douches nasales démontre de la façon la plus évidente, que la composition de ce liquide est loin d'être indifférente, et qu'elle est, au contraire, le facteur le plus énergique et le plus important dans les heureux effets produits. Il met en lumière l'action tout à fait remarquable qu'exerce l'eau d'Uriage sur la muqueuse nasale.

Une autre observation recueillie, cette année même, est, à ce dernier point de vue, plus typique et plus probante encore. Je ne puis m'empêcher de la relever, bien qu'elle n'ait trait qu'à une simple rhino-pharyngite.

Observation II

M.l'abbé R... est atteint d'un eczéma de l'oreille, d'acné rosacée du nez avec gonflement très considérable, et d'une rhino-pharyngite chronique des plus tenaces déterminant un enchifrènement constant très désagréable. Moral très affecté.

Traitement : bain de 40 minutes tous les jours. Un verre d'eau minérale au sortir du bain. Une purgation tous les trois jours dans le but d'exercer une action dérivative. Pulvérisations et douches nasales.

Cette dernière prescription est énergiquement refusée. M. l'abbé R... déclare que sur les conseils de plusieurs médecins, il a essayé à maintes reprises ce mode de traitement, notamment à Cauterets et que *jamais* il n'a pu le tolérer. La douche nasale, quelle que soit la nature du liquide employé jusqu'à ce jour, a provoqué constamment des douleurs intolérables s'accompagnant souvent de vertiges très violents.

Malgré ces antécédents peu rassurants, mais confiant dans l'action sédative de l'eau d'Uriage, on insiste avec une telle énergie qu'à force d'arguments, on obtient de M. l'abbé R... la promesse formelle d'un essai loyal.

Cet essai est fait le jour même, et le jour même est couronné de succès. M. l'abbé R... est tout à fait surpris. Tout a marché à souhait, le circuit s'est établi sans aucune peine, le passage de l'eau d'une narine à l'autre s'est effectué sans provoquer la moindre douleur. Il se sent déjà le nez dégagé et moins fluxionné. Le réfractaire est devenu l'adepte le plus fervent.

Je passe sous silence les autres incidents de la cure thermale, qui s'est terminée de la manière la plus heureuse ; je n'en retiendrai qu'un seul. M. l'abbé R... a voulu, avant de quitter Uriage, faire, de son propre mouvement, une contre-épreuve. Il s'est administré une douche nasale avec de l'eau ordinaire. Cette tentative a été déplorable, l'opération a été douloureuse comme jadis et il n'a fallu rien moins pour en dissiper les mauvais effets que l'administration coup

sur coup de deux douches nasales avec de l'eau d'Uriage. M. l'abbé R... à son retour d'Uriage, a fait, pour des raisons extra-médicales, une courte station aux Fumades. Il a voulu, là aussi, faire usage des irrigations nasales passant successivement des sources les plus fortes aux sources les plus faibles. Mal lui a pris de ce nouvel essai, qui a été des plus pénibles et des plus infructueux.

Cette observation, rapprochée de la précédente et de celle qui va suivre, démontre bien de la manière la plus absolue l'action toute spéciale de l'eau d'Uriage sur la muqueuse naso-pharyngieme.

Observation III

Rhinite hypertrophique. — Asthme. — Emphysème. — Otorrhée. — Eczéma des oreilles.

M. S..., 8 ans, arthritique et lymphatique, est atteint de rhinite hypertrophique, voix nasonnée, bouche presque constamment ouverte, ce qui lui donne un facies bizarre. Apathie générale, dos voûté. Est sujet à de fréquentes crises d'asthme. Granulations pharyngiennes. Otorrhée. Jadis, eczéma des oreilles. Sa mère avait constaté, à ce moment-là, qu'il y avait une véritable alternance entre les poussées du côté de la peau et les phénomènes thoraciques. A fait, sans en retirer le moindre bénéfice, une cure aux eaux d'Allevard, pendant trois années consécutives.

Arrive à Uriage le 4 août 1890. Soumis immédiatement à un traitement par l'eau en boisson à dose altérante, par les bains et les douches écossaises à température modérée et à écart peu considérable, 32°-36°.

Deux douches nasales par jour, avec rejet du liquide par la bouche.

Le 7, à la suite d'un refroidissement, violent accès d'asthme. Vu l'absence de tout mouvement fébrile, suspension des bains et de l'eau en boisson, mais continuation des douches, dont la température est élevée à 34°-38° et des irrigations naso-pharyngiennes.

Le 9, la crise est terminée et le traitement complet repris à nouveau.

Le malade part en bien meilleur état, passe un bien meilleur hiver, souffrant surtout de son otorrhée et revient à Uriage le 13 juillet 1891. C'est, depuis lors, un habitué de cette station thermale.

J'abrège cette observation, qui m'entraînerait à des redites, et me borne à signaler les incidents qui se sont produits depuis cette seconde saison à Uriage et les résultats obtenus à cette heure.

En 1892, forte rougeole, qui donne un regain d'activité aux symptômes thoraciques, mais qui évolue, en somme, d'une manière normale. En 1894, l'état de l'enfant est si satisfaisant, que les parents jugent inutile de se rendre à Uriage. Abstention malheureuse, car, l'hiver qui suit, les accès d'asthme se reproduisent assez fréquemment. Après les saisons de 1895, 1896, 1897, tout rentre dans l'ordre.

M. S..., à l'heure actuelle, c'est-à-dire en août 1897, a énormément grandi, s'est fortifié et est sorti de son état profondément apathique. L'otorrhée seule persiste, mais avec un caractère intermittent. Le traitement thermal a été le même pendant ces dernières années.

En dehors de la cure thermale, M. S... n'a été soumis à aucune médication interne ou externe.

Les douches nasales, très bien tolérées avec l'eau d'Uriage, provoquent, avec tout autre liquide, de très vives douleurs.

Parmi les observations qui vont suivre, la plupart ont trait à des enfants.

Chez certains d'entre eux, non seulement l'élément catarrhal s'associe à l'élément spasmodique, mais il prédomine même parfois, comme cela se produit le plus souvent chez ces petits êtres, chez qui l'asthme typique est rare. Ces observation sont rapportées avec le diagnostic de : bronchites à répétitions avec crises asthmiformes. Nous avons tenu à conserver ce diagnostic, bien que ces mots ne servent à désigner, dans l'esprit de notre père, que la forme la plus habituelle que revêt l'asthme chez les enfants.

La rapidité d'invasion, la brusque disparition des accidents, l'efficacité d'un traitement spécial, ne peuvent laisser, le plus souvent, aucun doute sur la nature de l'affection.

Observation IV

Coryza. — Bronchites à répétition avec symptômes asthmiformes très prononcés. — Tumeur adénoïde naso-pharyngienne.

M. B..., 12 ans. Père psoriasique. Mère eczémateuse à localisations multiples. Frère atteint d'herpès prœputialis récidivant. Sœur acnéique séborrhéique.

Est sujet à de fréquentes bronchites, toujours précédées de coryzas, et toujours accompagnées de symptômes asthmiformes très prononcés. Opéré en 1894 d'une tumeur adénoïde naso-pharyngienne. Cette opération n'a provoqué qu'une amélioration insignifiante dans l'état du sujet.

Arrive à Uriage le 2 juillet 1895. Soumis à l'action des bains, mais surtout à l'action des douches écossaises à 32°-36°. Eau en boisson à dose altérante.

Deux douches nasales dans le courant de la journée.

Le 8 juillet, les parents, soucieux à l'excès de la santé de leurs enfants, constatent avec anxiété chez leur fils un commencement de coryza qu'ils considèrent comme le prélude fatal d'une de ces crises qui les effraient tant.

Les bains sont suspendus, les douches maintenues, au contraire, mais leur température est élevée à 34°-38°.

Le nombre des irrigations nasales est porté à 3 par jour. La crise est enrayée.

Pareil fait se produit à diverses reprises pendant la durée de la cure thermale.

Le traitement est prolongé, sans interruption, jusqu'au 7 septembre.

Le malade quitte Uriage en parfait état et y revient le 3 août 1896. Ne s'est pas enrhumé une seule fois. N'a pas eu une seule crise d'asthme, grâce à la précaution que prenait sa mère de lui faire pratiquer des douches nasales à la moindre alerte. S'est fortifié. A beaucoup grandi. Même traitement interne et externe. Aucun incident.

Revient à Uriage le 1er août 1897. A passé un excellent hiver sans

crise d'asthme. A continué l'usage des douches nasales à domicile. Constatation d'un état général excellent. Acné séborrhéique de la face et du nez. En plus du traitement ordinaire, lotions d'eau minérale chaude et pulvérisations sur le visage.

Cette observation met en lumière le rôle si important que joue l'inflammation de la pituitaire dans la production de l'asthme. Elle démontre aussi l'action si souvent constatée qu'ont les irrigations nasales avec l'eau d'Uriage sur les coryzas à leur début, dont elles peuvent enrayer l'évolution, empêchant ainsi l'apparition de l'asthme réflexe.

Observation V

Bronchite rubéolique tenace avec adénopathie trachéo-bronchique. — Crises d'asthme nocturne. — Coryza chronique. — Granulations pharyngiennes.

M. D. F..., 9 ans, a été atteint, à la suite d'une rougeole, d'une bronchite qui dure encore et s'accompagne, pendant la nuit principalement, de véritables accès d'asthme avec oppression, dyspnée et angoisse excessives.

Le jeune D. F... présente, en outre, une légère hypertrophie des amygdales, des granulations pharyngiennes, et du coryza chronique avec sécrétion abondante. Malgré son jeune âge, le petit malade est moralement très affecté de son état.

Arrive à Uriage, le 10 juillet 1897. Prescriptions : trois jours de suite, douches générales écossaises à 34°-38°. Le quatrième jour, bain à 34°, d'une durée de 20 minutes. Un demi-verre d'eau minérale coupée avec du lait matin et soir.

Deux douches nasales avec deux litres d'eau minérale tiède.

Le 13, c'est-à-dire trois jours seulement après le début du traitement, l'amélioration est des plus sensibles. L'enfant ne tousse plus et dort paisiblement. Les parents, habitués depuis longtemps à veiller au chevet de leur enfant et à le voir souffrir, sont aussi étonnés que ravis.

Le 17, l'enfant commet une grande imprudence. Il reste toute une soirée en plein air, assis sur une chaise, à voir tirer un feu d'artifice ; il a plu dans la journée et l'humidité est excessive. Cette imprudence provoque une rechute. La toux et l'oppression reparaissent dans la nuit, mais sont cependant moins intenses qu'à l'arrivée. Le traitement hydro-minéral est continué quand même.

Le lendemain la crise est terminée ; le bien-être absolu revient de nouveau et ne se dément pas un seul instant jusqu'au 9 août, jour du départ.

La rapidité avec laquelle se sont dissipés les accès d'asthme nous paraît prouver qu'ils étaient provoqués par la rhinite chronique dont souffrait ce malade ; elle ne peut être attribuée qu'à l'action des douches nasales sur la pituitaire.

Chez le jeune D. F..., comme chez la plupart des sujets chez lesquels le coryza chronique humide détermine des crises d'asthme, ces crises apparaissaient de préférence la nuit, alors que les sécrétions nasales, moins bien expulsées, s'accumulaient, se desséchaient et produisaient leur action irritante.

Observation VI

Bronchites à répétition avec accès d'asthme. — Rhinite sèche. — Eczéma.

Mlle V. J..., 11 ans. Sujette à de fréquentes bronchites s'accompagnant de véritables crises d'asthme, avec anxiété très vive, oppression.

Est atteinte d'une rhinite sèche. Sensation de sécheresse très désagréable dans les fosses nasales. Très nerveuse. Arrive à Uriage le 9 août 1892. Suit, pendant un mois, le traitement classique : bains, douches écossaises, irrigations naso-pharyngiennes.

Passe un excellent hiver, n'a pas eu une seule bronchite, pas un seul accès d'asthme.

Revient à Uriage le 2 septembre 1893. Présente, à son arrivée, un

léger eczéma suintant de l'oreille gauche. Le traitement thermal est repris et très bien toléré.

Troisième saison en 1894, après excellent hiver. S'est arrêtée, en venant à Uriage, à Orange. A pris froid en assistant à une représentation de nuit dans le Grand-Théâtre.

Râles sibilants et muqueux dans toute la poitrine, oppression très vive. Pas de fièvre.

Aucune médication interne.

Douches générales à température élevée. Trois et quatre douches nasales dans les 24 heures.

En deux jours, tout est rentré dans l'ordre.

Observation VII

Asthme. — Coryza. — Eczéma.

Mlle A..., 24 ans. Est atteinte d'un eczéma des aisselles. Présente une très grande irrégularité dans la menstruation. Est sujette à de très fréquentes crises d'asthme, toujours précédées par un coryza s'accompagnant d'éternûments répétés. Arrive à Uriage en août 1891.

Traitement ordinaire, mais beaucoup trop court.

2 douches nasales par jour, 2 verres d'eau en boisson, chaque semaine, purgation avec 5 ou 6 verres d'eau minérale.

Revient en 1892. A passé un bien meilleur hiver. A eu beaucoup moins de crises d'asthme, et celles qui se sont produites ont été beaucoup moins intenses, malgré la brièveté de la cure thermale de 1891.

Même traitement, en insistant plus spécialement sur les douches écossaises à 34°-38° et sur les douches nasales. Aucun incident à noter.

Observation VIII

Bronchites à répétition avec accès d'asthme. — Coryza chronique.

Mlle E..., 10 ans. Père eczémateux au premier chef.

Sujette à des bronchites à répétition avec accès d'asthme, anxiété

très vive, oppression. Rapidité d'invasion et de résolution. Est atteinte d'une rhinite chronique humide avec sécrétion abondante.

Arrive à Uriage en juillet 1888.

Etant donné les antécédents herpétiques du père, une plus large part est donnée au traitement par les bains et l'eau en boisson, concurremment avec l'usage régulier et quotidien des douches nasales.

Passe un bien meilleur hiver. Le médecin traitant l'envoie faire une seconde saison à Uriage, en signalant les heureux résultats obtenus par la première cure.

N'a pas été revue depuis.

Observation IX

Asthme. — Rhinite chronique.

M. Ch. de D..., 10 ans. Père eczémateux, à localisations multiples.

A eu lui-même dans sa première enfance un eczéma de la face. Aspect malingre. Narines dilatées. Rhinite chronique humide.

Est sujet à de fréquentes crises d'asthme, qui ont résisté à différents traitements. Oppression presque continuelle. Râles sibilants dans toute l'étendue de la poitrine, mais surtout à droite.

Venait à Uriage depuis trois ans. Se bornait à prendre des bains et à boire de l'eau à petite dose. Aucun résultat.

Est soumis à l'action des douches générales écossaises et des douches nasales avec rejet du liquide par la bouche.

En trois jours transformation complète. L'oppression a disparu. On n'entend plus aucun râle dans la poitrine. Le père du malade est aussi étonné que ravi de la rapidité des résultats obtenus.

Les résultats négatifs obtenus après trois traitements successifs à Uriage, alors qu'on ne faisait qu'un usage exclusif de l'eau en boisson et des bains, comparés aux résultats heureux, pour ainsi dire immédiats, réalisés avec les mêmes eaux employées sous forme de douches écossaises et de douches

nasales, prouvent de la manière la plus évidente combien peuvent varier les effets d'un même agent thérapeutique suivant son mode d'administration.

Cette observation démontre, une fois de plus, l'extrême fréquence de l'origine nasale de l'asthme et l'efficacité des irrigations naso-pharyngiennes.

Observation X

Bronchites à répétition avec symptômes asthmiformes intenses. — Coryzas. — Tumeur adénoïde rétro-pharyngienne.

M. Ch..., 7 ans. Mère arthritique, sujette à des poussées d'urticaire extrêmement fréquentes.

Aspect malingre. Chapelets ganglionnaires très marqués aux régions cervicale et sous-maxillaire. Hypertrophie des amygdales. Otorrhée. Tumeur adénoïde du rétro-pharynx.

Contracte avec une grande facilité des coryzas, constamment suivis de bronchites compliquées d'accès d'asthme.

Arrive à Uriage le 14 juillet 1893.

Traitement : alternativement bains et douches écossaises.

Irrigation nasale, matin et soir.

Revient en 1894. A eu, pendant l'hiver, beaucoup moins de coryzas et de bronchites. Ces dernières n'ont plus été accompagnées d'accès asthmiformes. Une seule fois, seulement, il y a eu un peu d'oppression, mais tout à fait insignifiante.

Troisième cure en 1894. Ne s'est pas enrhumé une seule fois pendant tout l'hiver. L'enfant s'est, en outre, beaucoup fortifié. Même traitement que les années précédentes.

Observation XI

Asthme et coryzas

M. B... Tempérament arthritique. Granulations pharyngiennes de gros volume. Luette énorme, en forme de spatule.

Est sujet à de forts coryzas, avec expuition de matières épaisses, filantes ; ces coryzas sont suivis d'accès d'oppression constituant de véritables attaques d'asthme.

Traitement exclusif par les douches générales, les gargarismes et les douches nasales.

Se trouve très bien de ce dernier moyen, qui diminue très rapidement l'oppression. Veut en faire régulièrement chez lui.

Observation XII

Bronchites à répétition avec accès d'asthme. — Rhino-pharyngite. — Ichtyose. — Eczéma de l'oreille.

Mlle C..., 9 ans.

Ichtyose des membres supérieurs et inférieurs. Léger eczéma de l'oreille gauche. Amygdalite chronique. Adénite sous-maxillaire. Est sujette à de fréquentes bronchites s'accompagnant de symptômes asthmiformes intenses. A eu au mois de juin une pneumonie double à début et à forme tout à fait anormales, suivant l'avis du médecin traitant.

Arrive à Uriage le 15 août 1895. Prescriptions : bains précédés de frictions au savon de goudron de Vigier. Douches écossaises à température modérée. Eau en boisson à petite dose, par suite d'une certaine intolérance du tube digestif.

Une douche nasale matin et soir.

Le 26, à la suite d'un refroidissement, l'enfant est prise d'une oppression très vive. Des râles sibilants s'entendent dans toute la poitrine.

Etonnement et anxiété des parents en présence des prescriptions suivantes : Suppression des bains ; continuation des douches, mais à température plus élevée. Augmentation du nombre des irrigations nasales. Quand pareil fait se produisait chez eux, ce qui était fréquent, l'enfant était mise au lit et soumise à une médication active.

En 36 heures les phénomènes thoraciques ont disparu. On n'entend plus de râles sibilants dans la poitrine.

Aucun incident jusqu'au 10 septembre. Mlle C... part en très bon

état ; la peau des membres est moins ichtyosique ; elle a repris une souplesse relative.

Revient le 12 août 1896. A passé un très bon hiver. N'a eu ni bronchite, ni crises d'oppression. L'ichtyose seule, quoique atténuée, persiste encore. Suit avec régularité son traitement hydro-minéral, qui consiste presque exclusivement en douches écossaises à 32-38° et en irrigations nasales.

Observation XIII

Bronchites à répétition avec crises asthmiformes chez un sujet lymphatique et arthritique.— Eczéma impétigineux.— Amygdalite chronique.

M. A... C..., 18 mois. Aspect rachitique. Tête d'hydrocéphale. Adénites cervicales et sous-maxillaires très volumineuses. Eczéma impétigineux de la face et de la tête en pleine période d'acuité.

Parents arthritiques et scrofuleux.

Frère mort de méningite tuberculeuse.

L'eczéma est survenu quelques semaines après la naissance. Il persiste depuis. Les démangeaisons sont excessivement vives ; le sommeil presque nul.

Arrive à Uriage le 18 août 1888. Soumis à un double traitement externe et interne. Bains tièdes. Eau en boisson à petites doses, et de temps à autre à dose purgative.

Lotions et pulvérisations d'eau minérale tiède sur les parties atteintes d'eczéma.

L'effet du traitement a été immédiat au point de vue de la diminution des démangeaisons. Après le premier bain l'enfant a dormi comme il ne l'avait pas fait depuis longtemps. Le 30 août, il dort neuf heures de suite, ce qui ne lui était jamais arrivé. Amélioration très sensible du côté de l'eczéma.

Le 1er septembre, poussée du côté de la face et de la tête.

Part le 14 septembre ; la poussée persiste, mais est en voie de diminution.

Revient à Uriage le 31 août 1889. Ne présente plus qu'un léger eczéma de l'oreille. A eu la rougeole pendant l'hiver. Un des ganglions cervicaux s'est enflammé et a suppuré. Même traitement très bien supporté. Pas de poussée.

Nouvelle cure en 1890, après un hiver parfait. Pas la moindre trace d'eczéma, mais hypertrophie considérable des amygdales.

Revient en 1895. S'est beaucoup fortifié. Aucune manifestation du côté de la peau.

En 1896, saison de bains de mer qui est suivie des plus mauvais résultats. Le jeune C...est atteint brusquement d'une bronchite avec symptômes asthmiformes très prononcés. Dyspnée intense, oppression. A cette première bronchite en succède une seconde, puis une troisième et ainsi de suite, jusqu'au mois de juin. L'enfant est resté toute l'année confiné dans ses appartements.

Arrive à Uriage le 22 juillet 1897. On entend à l'auscultation des râles sibilants, des deux côtés de la poitrine. L'enfant est continuellement oppressé. Est soumis immédiatement au traitement par les bains, l'eau en boisson, et surtout par les douches générales à température élevée (34°-38°).

Trois douches nasales dans le courant de la journée.

Rapide amélioration. On ne trouve plus rien à l'auscultation. Le jeune enfant peut se livrer sans fatigue à des marches longues et répétées et même à l'exercice de la bicyclette.

Il se produit en même temps une légère poussée eczémateuse du côté de l'oreille et des avant-bras.

Part le 2 août dans un état très satisfaisant.

Cette observation démontre les heureux résultats obtenus par l'emploi de l'eau d'Uriage dans les cas d'eczéma impétigineux. Elle est un nouvel exemple de la coexistence et de l'alternance si souvent constatées chez les sujets arthritiques entre les manifestations cutanées et les lésions thoraciques.

Elle met en évidence les heureux effets que l'on obtient dans le traitement de ces bronchites à répétition avec accès d'asthme, qui ne sont, en somme, que la forme que revêt l'asthme chez les enfants, en combinant l'action tonique et dépurative de l'eau d'Uriage avec l'action dérivative des douches générales, et l'action toute particulière des irrigations nasales, en dehors même de toute lésion apparente de la muqueuse naso-pharyngienne.

Observation XIV

M. Paul L..., 5 ans. Arrive à Uriage le 4 juillet 1896, avec le diagnostic suivant : « Bronchites à répétition, à crises asthmiformes, à toux coqueluchoïde. Adénopathie cervicale trachéo-bronchique, avec emphysème pulmonaire. Hérédité arthritique et bacillaire ».

Antécédents héréditaires. — Mère acnéique et eczémateuse. Sœur morte de méningite tuberculeuse.

Antécédents acquis. — Impétigo de la tête à 3 mois. Sternum proéminent. Chapelet ganglionnaire à la région cervicale.

Est sujet à de très fréquentes bronchites avec crises asthmiformes. Toux coqueluchoïde et fièvre, pour lesquelles de nombreux vésicatoires ont été appliqués.

A son arrivée à Uriage, il existe une oppression très marquée, avec exacerbation nocturne. La toux est fréquente. Pas de fièvre.

Traitement. — Bains et douches avec prédominance des douches, eau en boisson.

Irrigations naso-pharyngiennes.

Résistance de l'enfant à l'égard de ce dernier moyen. Faiblesse des parents, qui n'osent imposer leur volonté.

A force d'arguments, un premier essai est fait. Il est suivi d'une diminution notable de l'oppression et de la toux pendant la nuit. Le mieux se maintient les jours suivants.

Le 12 juillet, à la suite d'un refroidissement, le jeune L... est pris d'une crise asthmiforme violente avec fièvre.

Suspension des bains, des douches et de l'eau en boisson, mais continuation des douches nasales, dont le nombre est porté à trois dans les 24 heures. Pas d'autre médication.

Le surlendemain, reprise des douches écossaises, mais à température plus élevée. L'enfant part en bon état, après avoir fait une saison de 24 jours.

En présence des résultats obtenus par les irrigations naso-pharyngiennes, les parents se proposent d'user régulièrement de ce moyen à domicile.

Observation XV

Bronchites à répétition, avec accès asthmiformes intenses, s'accompagnant de fièvre, simulant une broncho-pneumonie.

M. G..., 4 ans et demi. Père psoriasique. Mère lymphatique. Frère atteint d'entérite chronique de nature herpétique.

Aspect rachitique. Adénite sous-maxillaire volumineuse.

Est sujet très fréquemment à des bronchites s'accompagnant d'accès de suffocation, d'angoisse excessive et de fièvre.

Arrive à Uriage le 1er août 1895.

Traitement. — Douches générales à 34°-38°. Bains de 15 minutes. Eau en boisson, demi-verre.

Irrigations nasales, bien qu'il n'existe aucune lésion apparente de la muqueuse du nez. On ne constate, en effet, aucun symptôme de rhinite. L'enfant est cependant sujet à de fréquentes, mais légères épistaxis.

Malgré les conseils donnés, les irrigations nasales ne sont pratiquées que d'une manière intermittente.

Le 24 août, l'enfant est en parfait état. Son appétit, nul au moment de son arrivée, est devenu excellent. Il a gagné deux kilos en vingt-quatre jours.

Le 25 au matin, l'enfant est pris subitement d'une fièvre très violente (39°8), en même temps que d'une dyspnée intense. A l'auscultation : symptômes de congestion plus marqués à droite ; râles sibilants et râles muqueux fins.

A l'encontre du désir des parents qui sollicitent comme par le passé une intervention immédiate et énergique (ventouses, vésicatoires...), aucune médication n'est prescrite ; on donne seulement un loch blanc additionné d'une quantité minime d'oxyde blanc d'antimoine.

Le soir, les phénomènes de congestion ont augmenté ; l'oppression e l'angoisse sont excessives. Le thermomètre donne 39°8.

Application de révulsifs sur les extrémités inférieures et addition de quelques gouttes d'alcoolature d'aconit au loch déjà prescrit.

Le 26 au matin, l'apyrexie est complète. On ne trouve à l'auscultation que quelques râles sibilants disséminés.

Le 28, l'enfant est tout à fait bien, sort et s'amuse comme à l'ordinaire. Il part le 29, les occupations de son père ne permettant pas un plus long séjour à Uriage.

Il revient le 2 août 1896. A passé un excellent hiver. N'a eu dans le courant de l'année que deux crises atténuées. Reprend son traitement hydro-minéral. Prend très régulièrement ses douches nasales. Aucun incident pendant la cure thermale.

Revient encore en 1897 en parfait état. N'a pas eu de crises pendant l'hiver.

Cette observation est un exemple de la forme broncho-pneumonique grave que revêt parfois l'asthme chez les enfants; c'est cette forme étrange de l'asthme que Trousseau a été un des premiers à signaler.

Malgré la gravité des symptômes thoraciques, leur brusque apparition et leur disparition rapide ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de la maladie.

CONCLUSIONS

1° L'asthme est une névrose provoquée très fréquemment par action réflexe.

2° Le point de départ du réflexe est, dans la majorité des cas, la muqueuse des fosses nasales.

3° Les lésions de la muqueuse nasale qui donnent le plus souvent naissance au réflexe sont les polypes, les végétations adénoïdes et, par-dessus tout, la rhinite chronique.

4° L'asthme réflexe d'origine nasale ne peut se développer que sur des sujets prédisposés.

La cause prédisposante nécessaire est l'existence de la diathèse arthritique.

5° Le traitement de la muqueuse nasale par les moyens chirurgicaux donne parfois de bons résultats. Il n'est pas sans danger. Il expose à de nombreuses récidives si l'on ne modifie pas en même temps l'état général.

6° Les eaux minérales d'Uriage, administrées en boisson, en bains et en douches, par leur action à la fois altérante et reconstituante, s'adressent à la diathèse arthritique, cause prédisposante de l'asthme.

Employées localement, en irrigations naso-pharyngiennes, elles ont une action toute spéciale sur la muqueuse nasale.

Elles combattent les inflammations de cette muqueuse, causes déterminantes de la névrose réflexe.

Elles répondent donc aux conditions que l'on doit chercher à remplir dans le traitement de l'asthme d'origine nasale.

Elles constituent contre cette affection un moyen curatif, à la fois rationnel, inoffensif et efficace.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 6 mai 1898.
Pour le Recteur :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
L. VIALLETON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 6 mai 1898.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !